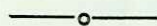


UNIVERSIDAD DE CHILE

SEDE SANTIAGO-ORIENTE

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



**Modificación Conductual en Niños D.C.M. a
Traves del Entrenamiento de sus Padres como
Agentes Terapeúticos No-Especializados**

Profesor Patrocinante: Juana Kovalskys

Tesis de Grado para Optar
al Título de Psicólogo

JULIA BALTAR DE A.
VERONICA CABALLERO Z.
CARMEN SABAJS.

SANTIAGO-CHILE

1976

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es, principalmente, el resultado de la inmejorable dirección de la Sra. Juana Kovalskys, quien por su alta calidad profesional y humana hizo posible su realización.

Agradecemos también la oportunidad brindada por el personal del Policlínico de Neurología y Psicología del Hospital Josefina Martínez, especialmente los Drs. Luis Schlack y Jorge Forster, quienes nos proporcionaron una amplia acogida y valiosa colaboración durante la realización de esta investigación.

El aspecto metodológico de este trabajo se realizó gracias a la indispensable asesoría de la Srta. Teresa Segura. Por otra parte, ofrecemos nuestro reconocimiento a la Srta. Iris Gallardo, por su buena disposición y ayuda efectiva, en especial al momento del análisis estadístico de los resultados.

Finalmente, para los personajes anónimos, las madres que participaron activa y entusiastamente en este trabajo, nuestro sincero agradecimiento.

I N D I C E

PAG. Nº

I	ANTECEDENTES TEORICOS DE LA DISFUNCION CEREBRAL MINIMA.	1
	- El Síndrome de Disfunción Cerebral Mínima.	1
	- Características Clínicas de D.C.M.	4
	- Procedimientos diagnósticos. Distintos enfoques.	6
	- Prevalencia de D.C.M. en nuestro medio. Trastornos conductuales asociados.	8
II	ANTECEDENTES TEORICOS SOBRE ENTRENAMIENTO DE AGENTES NO-ESPECIALIZADOS.	10
	- Modelo triádico.	12
III	METODO	19
	- Objetivos generales	19
	- Objetivos Específicos	19
	- Hipótesis	20
	- Muestra	20
IV	TECNICAS DE MODIFICACION CONDUCTUAL	22
	- Definición operacional de las conductas	23
V	PROCEDIMIENTO	26
	- Consideraciones generales	26
	1. Primera etapa: Selección de la muestra	27
	1.1. Entrevista inicial a las madres.	27
	1.2. Evaluación psicológica	27
	2. Segunda etapa: Pre-entrenamiento.....	30
	2.1. Segunda entrevista con la madre	30
	2.2. Selección de las conductas a manipular	30
	2.3. Exploración del repertorio de reforzadores	30

//

3.	Tercera etapa: Entrenamiento teórico-práctico	30
3.1.	Entrenamiento en observación y registro de conductas.	33
3.2.	Estudio de confiabilidad: interterapeuta.	33
3.3.	Estudio de confiabilidad: madre-terapeuta.	33
3.4.	Obtención de línea base.	34
3.5.	Finalización del entrenamiento teórico.	34
3.6.	Evaluación Patterson	34
3.7.	Modeling grupal e individual	34
3.8.	Entrega de programas de modificación conductual	35
4.	Cuarta etapa: Aplicación del programa por parte de las madres.	36
4.1.	Primer control	36
4.2.	Segundo control	36
4.3.	Tercer control.	37
4.4.	Cuarto control	37
5.	Quinta etapa: Post-tratamiento. Control y evaluación.	39
VI	ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS.	40
VII	DISCUSION	49
BIBLIOGRAFIA		

ANTECEDENTES TEORICOS DE LA DISFUNCION CEREBRAL MINIMAEl síndrome de Disfunción Cerebral Mínima en niños.

Corrientemente el diagnóstico de disfunción cerebral minima (1) se aplica a un gran número de niños, pero, generalmente, con poca evidencia sobre las características de este cuadro. Por esta razón existe una serie de trabajos tendientes a especificar el concepto de D.C.M.

Brevemente pueden señalarse los antecedentes inmediatos de dicha denominación.

Antes de 1940 se identificaba D.C.M. según el concepto actual de daño cerebral en la edad adulta (Kramer y Pollnow, 1932; Kahn y Cohen, 1934; Goldstein, 1935 y otros. Cit. por Wook, 1966).

En la década del 40 Strauss y Werner; Gesell, Werner y Freeman; Werner y Wird, fueron los primeros en estudiar el cuadro de compromiso orgánico en niños, dando las bases para lo que posteriormente se llamaría D.C.M. Las descripciones clínicas de dichas investigaciones se referían a niños con inteligencia aparentemente normal y con una función neurológica sin desviaciones gruesas que presentaban problemas escolares y déficit perceptual especialmente en tareas que requerían discriminación visual.

Werner y Thuma (1942) y posteriormente Wyatt (1953), relacionaron la patología perceptual a las dificultades comportamentales, concibiendo el problema del niño en términos de un déficit con

(1) Disfunción Cerebral Mínima = D.C.M.

génito o bien de un daño sufrido a temprana edad. Esta condición suponía que el daño debería ocurrir cuando el sistema perceptivo estuviese desarrollándose y en ningún caso cuando fuese una alteración del funcionamiento cerebral ya establecido.

Posteriormente se realizaron intentos para acumular el conocimiento existente sobre D.C.M. Dos conferencias, una en Filadelfia auspiciada por "The Aid of Crippled Children" en 1962 y otra en Oxford auspiciada por "The Little Club" en 1963, recomendaron la necesidad de un conocimiento más fundamentado del panorama clínico, de la naturaleza de la percepción y de las relaciones entre déficit funcional y trastornos comportamentales. Por otra parte, la complejidad del síndrome había llevado a los clínicos a una variedad de términos diagnósticos para describir esta condición. Así, podemos señalar que ha sido denominado indistintamente como síndrome hiperquinético, síndrome orgánico cerebral, desorden hiperquinético comportamental, etc.

Clements (1962) considera D.C.M. como la presencia de desviaciones leves del sistema nervioso central que tienen su origen en factores genéticos, daño cerebral perinatal, enfermedad y/o daño durante los períodos críticos del desarrollo y maduración del sistema nervioso, los que se vinculan con la percepción, lenguaje, inhibición de impulsos y control motor. Esto llevaría a muchas variaciones dentro de este complejo de síntomas entre los cuales sólo algunos pueden estar presentes.

Wook y otros (1966) sugirieron el concepto clínico general de D.C.M. en términos de un trauma orgánico original, al que se superpondrían los efectos emocionales del déficit perceptual, del rechazo y la desaprobación ambiental al niño. Esto condujo a enfatizar la contribución de los defectos perceptuales en el síndrome,

suponiéndose que en la base de dichos disturbios habrían lesiones discretas en varias partes del cerebro. Sin embargo, existía una gran falta de conocimientos e instrumentales neurofisiológicos que permitiesen estudiar el status cerebral. Tampoco se conocía la relación entre el tipo de déficit funcional y el desajuste emocional de esta condición, llegándose a hipotetizar que se daría una confluencia de un déficit potencial del niño con un medio ambiente stressante.

Abercrombie (1964) consideró que los niños deficitarios perceptuales no padecerían una disfunción sino más bien una desorganización del desarrollo, pudiendo alcanzar al grupo de su edad con o sin un trabajo de rehabilitación.

Ante la dificultad de delimitar etiológicamente este síndrome, el interés se volcó hacia los hallazgos clínicos. Se usaron técnicas estadísticas para analizar el síndrome clínico (Rodin y col., 1964; Lucas y col., 1965; Werry y col., 1967. Cit. por Paine, 1968), aplicando análisis factorial para examinar la asociación entre los datos de anamnesis y las evaluaciones neurológicas, electroencefalográficas, perceptual - cognitivas y comportamentales. Se concluyó que el cuadro observado era una conjunción de causas innatas, traumáticas, psicológicas y sociales. Más adelante Paine (1968) señala que D.C.M. "no es una entidad diagnóstica homogénea, pero sí un medio para describir una variedad de disfunciones menores no necesariamente relacionadas, algunas neurológicas, algunas comportamentales y otras cognitivas que pueden poner al niño en dificultades con su medio social y familiar".

Habiendo considerado la diversidad de enfoques frente a este grupo heterogéneo de niños calificados como D.C.M., resulta necesario intentar una caracterización de este cuadro.

The National Institute of Neurological Diseases and

Blindness, the Division of Chronic Diseases of the U.S. Public Health Service y The National Society for Crippled Children and Adult, consideraron que " el diagnóstico y categorías descriptivas incluidas en el término síndrome de disfunción cerebral se refieren a niños de inteligencia general cercana al promedio y/o superior a éste, con ciertas anormalidades conductuales y/o de aprendizaje las que son asociadas con una leve función desviada del sistema nervioso central". Esto puede ser caracterizado por varias combinaciones de déficits en percepción, conceptualización, lenguaje, memoria y control de atencion, impulsividad y función motora. (Cit. por Paine, 1968).

En síntesis, estos antecedentes nos llevan a pensar que, para hacer un diagnóstico de D.C.M. un niño ha de tener dificultades de aprendizaje y/o conductuales, junto a ciertas desviaciones del sistema nervioso central, las que presumiblemente se refieren a una estructura o función anormal del cerebro. En cuanto a la etiología, estas alteraciones podrían surgir de variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas, daño cerebral perinatal u otras enfermedades o daños durante los períodos críticos del desarrollo o maduración del sistema nervioso central, o debido a causas aún desconocidas. Sin embargo, aún no hay evidencias válidas y confiables para establecer la etiología de dichas desviaciones de la función cerebral. En general, los términos usados para describir las anormalidades del síndrome D.C.M. son vagos y a menudo, globales en conceptualizacion. Hay por lo tanto, necesidad de una mayor precisión frente a los handicaps básicos del síndrome D.C.M. para perfeccionar su diagnóstico y tratamiento.

Características Clínicas de D.C.M.

Con el propósito de aclarar el síndrome es necesario

una aproximación global que incluya los desórdenes neurológicos y psicológicos. Con este propósito, distintos autores (Clements, 1962, 1968; Bravo, 1968) han caracterizado el síndrome de D.C.M., existiendo concordancia en los siguientes aspectos:

- 1.- Déficits específicos de aprendizaje: Retardo lector, dislexia, disgrafia y dificultad en aritmética en sus diferentes grados.
- 2.- Déficit motor - perceptuales y de coordinación general: Expresados en la ejecución manual, en la ejecución muscular fina, en la coordinación motriz total o en ambas.
- 3.- Hiperquinesia: Inquietud motora permanente, manifestada en movimientos desordenados y sin una finalidad aparente.
- 4.- Impulsividad: Insuficiencia en el control emocional.
- 5.- Labilidad emocional: Cambios repentinos de humor sin causa aparente. Respuestas exageradas a los estímulos y cambios ambientales, acompañadas de reacciones inadecuadas.
- 6.- Problemas atencionales: Dificultades de atención inicial y de mantención - atención difusa y escasa concentración - .
- 7.- Signos neurológicos "equivocos": Estrabismo pasajero, diadococinesia, escasa coordinación digital, lateralidad cruzada, defectos articulatorios, retardo en el desarrollo del lenguaje y torpeza motora general.
- 8.- Intolerancia a la frustración: Reacciones agresivas frente a las dificultades, a veces con intensa angustia.

Es importante hacer notar que un niño con diagnóstico de D.C.M. no necesariamente presenta alteración de todas las áreas señaladas, ya que cada niño presenta una conjunción particular de trastornos. El nivel de su desarrollo cognitivo global, la naturaleza de su temperamento y el manejo ambiental determinarán la forma y el

éxito de sus maniobras para compensar los diferentes déficits.

Procedimientos diagnósticos Distintos enfoques.

Un procedimiento de diagnóstico adecuado debe considerar los distintos aspectos que convergen en un síndrome único; por lo tanto, es necesario un criterio diagnóstico multidisciplinario que incluya un informe médico, neurológico y psicológico.

Para estos efectos las técnicas imprescindibles son:

- 1.- Anamnesis: Consiste en la investigación de los antecedentes históricos del niño en cuanto a desarrollo biológico, emocional y social.
- 2.- Evaluación Psicológica: Las pruebas psicométricas que han demostrado una validez más aceptable son el W.I.S.C. (Wechsler, 1949) completo y el Test Gestáltico Viso - Motor (Bender, 1939). Las variables significativas de personalidad se estudian a partir del comportamiento general del niño en la situación de prueba.

Toda evaluación psicológica debe poner énfasis en la interacción de los rendimientos del niño en las diferentes funciones involucradas en la medición.

Clements (1962) aisló tres patterns de resultados obtenidos en el W.I.S.C. los que pueden diagnosticar daño cerebral.

Pattern I: " dispersión " en una o ambas escalas.

Pattern II: el CI verbal es de 15 a 40 puntos superior al manual.

Pattern III: el CI manual es de 10 a 30 puntos más alto que el verbal.

Sin embargo, Morris (1960) y Rowley (1961) no pudieron confirmar la validez del pattern II y III del W.I.S.C. Frost (1960) reportó que ninguna de las desviaciones extremas en el W.I.S.C. eran

específicas a cualquier categoría de disturbio mental infantil.

El test Gestáltico Visomotor (Bender, 1939) se usa como una medida de coordinación perceptual y viso - motora. Para el diagnóstico de D.C.M. también se consideran los errores cometidos comúnmente por los niños con daño cerebral: ordenación espacial, perseveración, rotación, curvatura y cierre.

En la literatura existe una serie de trabajos que cuestionan la validez de este instrumento para diagnosticar D.C.M. (Halpin, 1955; O' Connor, 1958; Chrost y col., 1959; Shapiro y col., 1962; Silverstein y Mohan, 1962. Cit., por Herbert, 1964), de lo cual se desprende la necesidad de enfatizar en la evaluación del Bender el análisis de las funciones alteradas y la obtención de un nivel global de maduración perceptual (Zazzo, 1963).

3.- Examen neurológico: Los ítems incluidos en el examen neurológico son, principalmente, los siguientes: reflejos posturales y coordinación, lateralidad cruzada, agnosia digital, esquema corporal, estrabismo, diadococinesia, labilidad atencional, defectos en el lenguaje e hiperactividad.

4.- Examen electroencefalográfico: El electroencefalograma de rutina es de limitado valor diagnóstico para este tipo de niños. (Paine, 1968).

Varios autores (Rodin y col., 1964; Lucas y col., 1965; Schulman y col., 1965; Werry y col., 1967. Cit por Paine, 1968) han estudiado la asociación entre los datos de la anamnesis, neurológicos, electroencefalográficos y psicológicos mediante análisis factorial, encontrándose una falta de relación entre estas medidas. Frente a estos resultados, Schulman (1965) concluyó que no existiría el síndrome de D.C.M.

Prevalencia de D.C.M. en nuestro medio. Trastornos conductuales asociados.

Ya se ha señalado que hay consenso en cuanto a la presencia de determinadas alteraciones conductuales asociadas con el síndrome de D.C.M., básicamente hiperquinesia, impulsividad y labilidad emocional.

Los aportes de la psicología experimental permiten hipotetizar que la etiología básica de dichos trastornos se vincula a la desorganización del funcionamiento cerebral, pero es un hecho que la interacción social del niño en desarrollo determina el mantenimiento, exacerbación o disminución del efecto negativo de dichas alteraciones en la adaptación emocional - social del niño. Vale decir, que el proceso de socialización juega un rol fundamental en el encadenamiento de las alteraciones conductuales primarias, con una compleja gama de conductas desadaptativas cuyo aprendizaje es facilitado por la presencia de aquellas.

La relevancia de este problema en nuestro medio se infiere de los informes de las Jornadas Nacionales de Salud Mental (1971), y del trabajo realizado por Luis Bravo (1968) en el Servicio de Psiquiatría y Neurología Infantil del Hospital Calvo Mackenna, el que informa un 29,5 % de niños que consultaron este servicio y fueron diagnosticados como D.C.M. La mayoría de las consultas de estos casos se hicieron por problemas derivados de hiperactividad en el hogar o colegio y/o por fracasos en la educación.

Debido a la alta prevalencia de este síndrome emerge la posibilidad y necesidad de trabajar en el medio ambiente natural del niño con D.C.M. Los individuos que comparten el ambiente específico de éste, especialmente padres y hermanos, profesores y compañeros, son portadores de las influencias sociales, sirviendo así de estímulo

los discriminativos y reforzantes para el mantenimiento de las conductas del sujeto. Probablemente las fuentes de estímulos y refuerzos que mantienen o incrementan las conductas desadaptativas del niño con D.C.M. sean fundamentalmente sus padres.

Por lo tanto, un procedimiento lógico para la modificación del comportamiento desviado de dichos niños, debe involucrar un cambio en el comportamiento de los padres mediante un entrenamiento en técnicas de modificación conductual, a fin de eliminar las contingencias que mantienen el comportamiento desviado del niño y también para proveer nuevas contingencias que permitan la adquisición y mantención de nuevos comportamientos incompatibles con las conductas desviadas.

Este enfoque del problema tendría la ventaja de hacer extensiva a muchas personas una tarea que tradicionalmente ha estado en manos del especialista, permitiendo un efecto multiplicador del profesional y, consecuentemente, el acceso a capas más vastas de la población.

II

ANTECEDENTES TEORICOS SOBRE ENTRENAMIENTO DE AGENTES

NO-ESPECIALIZADOS

Cualesquiera sea el marco teórico que intente explicar la conducta humana, hay consenso en vincular estrechamente el comportamiento a su contexto ambiental. El enfoque conductual, basado en la teoría del aprendizaje, enfatiza dicho vínculo intentando especificar las relaciones funcionales entre la conducta de un organismo y su medio-ambiente. Se ha definido aprendizaje como " un cambio relativamente permanente en la potencialidad de la conducta como resultado de la práctica reforzada" (Kimble, 1972). El análisis de toda conducta implica la consideración de ciertos componentes esenciales que conforman la ecuación conductual, a saber, condiciones antecedentes, conducta, consecuencias de la conducta y la relación contingente entre la conducta y sus consecuencias (Kanfer y Phillips, 1970). La aplicación de los principios de la teoría del aprendizaje a la conducta humana permite suponer que el comportamiento de un sujeto está controlado por los eventos de su medio. Se entiende por reforzamiento "la ocurrencia de un evento de una cierta clase llamado reforzador, en una relación adecuada con la respuesta que va a ser aprendida" (Skinner, 1938). En la teoría operante, el refuerzo es un evento que sigue a un comportamiento y aumenta su probabilidad de ocurrencia; dicho comportamiento a su vez, opera para producir el refuerzo. Existe por lo tanto, una relación contingente entre un evento comportamental y sus eventos reforzantes. En conformidad a lo anterior, se postula que la modificación del medio-ambiente del sujeto llevará consecuentemente a una modificación de determinadas conductas de dicho sujeto, iniciándose de este modo un proceso de modifi-

cación recíproca.

Las técnicas de modificación conductual tienden a especificar los roles que los individuos, integrantes del medio-ambiente del sujeto deben desempeñar para modificar su conducta. En esta perspectiva, tanto el sujeto como el medio y sus consecuencias adquieren igual relevancia, surgiendo la posibilidad y necesidad de trabajar en el medio-ambiente natural del sujeto. Los individuos que integran el ambiente del sujeto entregan a éste las influencias sociales, sirviendo dichos individuos de estímulos discriminativos y reforzantes para las conductas del sujeto.

En el proceso de socialización se detectan dos contextos sociales básicos de influencia: familia y escuela. En cada caso, se dan sujetos-clave, los que se constituyen en fuente de estimulación relevante: padres y hermanos, profesores y compañeros respectivamente. Estas personas por su importancia en la relación con el sujeto, pueden modificar su comportamiento, ya sea debilitándolo o fortaleciéndolo dependiendo del patrón controlador conductual. Ahora bien, según sea el contexto ambiental de cada sujeto, habrá una serie de comportamientos valorizados por los agentes naturales como desviados, en tanto que otros serán considerados como adaptativos.

A continuación se delimitará el tema considerando a los padres como agentes terapéuticos no-especializados para modificar las conductas desviadas de sus hijos.

En relación a la efectividad del uso de agentes mediadores para la modificación de problemas conductuales, se plantea la necesidad de capacitar a dichos agentes mediante un programa de entrenamiento sistemático. Esto implica la necesidad de estudiar, si mediante un entrenamiento apropiado es posible capacitar a los padres para el logro de una adecuada manipulación y control de las

contingencias ambientales destinados a la solución de los problemas conductuales del niño.

Sin embargo, en virtud de la relación natural y permanente entre padres e hijos, aquellos estarían más posibilitados que el terapeuta, tanto en lo que se refiere a oportunidades de interacción temporal como de registro de los cambios de conducta, condición primordial esta última para la evaluación del tratamiento (Zeilberger, Sampen y Sloane, 1968; Tharp y Wetzel, 1969).

De este modo, el entrenamiento de padres en técnicas de modificación conductual les permite la adquisición de los principios básicos del aprendizaje posibilitando así el manejo de conductas desadaptativas futuras, lográndose una labor preventiva en salud mental (O'Dell, 1974).

Finalmente, el entrenamiento de padres permite la aplicabilidad de la modificación conductual en el manejo de conductas-problema en el medio-ambiente natural, lo que permite hacer extensiva a muchas personas una tarea que tradicionalmente ha estado en manos del especialista, vale decir, constituye un aporte al efecto multiplicador de la acción psicoterapéutica especializada.

Modelo Triádico.-

La orientación a que hemos hecho referencia supone el uso de un modelo triádico (Tharp y Wetzel, 1969), distinto del modelo psicoterapéutico tradicional - diádico - en cuanto el dispensador de los refuerzos para el paciente no es el especialista sino una persona que, por su vinculación con el sujeto, tiene mayor control sobre la entrega de refuerzos (mediador). Este modelo implica tres componentes:

Especialista: psicólogo u otros-

Mediador: padres u otros-

Conducta-meta: sujeto.

El especialista es la persona que posee los conocimientos teóricos-prácticos de las técnicas de modificación conductual. El mediador es el que está en contacto natural y directo con el sujeto con problemas, sirviendo de intermediario entre aquél y el especialista, del que recibe capacitación para llevar a cabo la modificación de la conducta en cuestión. El sujeto es cualquier individuo que presenta conductas desadaptativas, definidas operacionalmente en términos de exceso o déficit, a partir de la observación directa de dichas conductas.

El patrón de conductas del sujeto se instaura y mantiene dentro de su medio-ambiente natural y por lo tanto, la ocurrencia de una conducta particular va a estar determinada y controlada por las condiciones que presenta dicho medio. A partir de ello, se pueden controlar las variables determinantes de la conducta-problema, mediante personas directamente vinculadas a él. El agente mediador, persona articulada físicamente dentro del medio social del sujeto con problemas conductuales, tendrá control sobre las contingencias de refuerzo. Por lo tanto, dicho agente deberá poseer el refuerzo (material o social) en su repertorio y deberá estar capacitado para entregarlo contingentemente y lograr su control.

En el análisis del modelo triádico, las "fuentes de refuerzo" deben ser aplicadas tanto al mediador como al sujeto. La conducta del mediador estará controlada por las mismas fuentes de refuerzo que la del sujeto con tratamiento, es decir el reforzamiento que es tá bajo el control del especialista y de otros que rodean al media-dor (esposo, otros niños, etc.). Sin embargo, cuando el mediador es el foco del análisis, la modificación de la conducta-problema constituye otro evento reforzante per- se.

Por lo tanto, la modificación conductual en el medio-ambiente natural dependerá de la efectividad de la conducta del mediador, ya que es la clave para el control de la conducta.

Existe gran cantidad de antecedentes sobre la aplicación empírica de los principios señalados, habiendo sido demostrada la eficacia de las técnicas de modificación y control de la conducta a través de la investigación experimental aplicada. A partir de la década del 60, los diferentes trabajos se han centrado en la búsqueda de nuevos agentes terapéuticos -agentes no-especializados- que puedan realizar programas de tratamiento para distintos casos que acuden al especialista. Se han elegido personas que por su estrecha y habitual relación con el sujeto tengan un valor reforzante para él. Cuando el sujeto con problemas es un niño, se ha escogido por ejemplo a los padres, profesores o cualquier otra persona directamente vinculada a la vida del niño. Toepfer, Reuter y Portnoy (1970); Herbert y Baer (1972) entre muchos otros han trabajado con padres. Hasasy y Hasasy (1972); Greenberg y O'Donnell (1972) y otros lo han hecho en la línea de trabajo con profesores. Harris, Johnston y otros (1964); Schulte, Hopkins y Hopkins (1970) han centrado su atención en niños pre-escolares (citado por Pössel, Guerrero y Toro, 1974). El entrenamiento de padres en la modificación conductual constituye un área del análisis conductual aplicado (Baer, Wolfe y Risley, 1968), el cual se interesa más que en una validación teórica, en el desarrollo de una tecnología para resolver problemas socialmente importantes.

La descripción de los problemas infantiles tratados por padres entrenados, está poco clara en la literatura por deficiencias del diagnóstico psiquiátrico. Los padres han modificado comportamientos específicos de niños catalogados como dañados cerebrales (Patterson, Jones, Whittier y Wright, 1965; Salsinger, Feldman y

Portnoy, 1970); niños retardados (Walder, Cohen, Breiter, Daston, Hirsh y Leibowitz, 1969); niños autistas (Mathis, 1971); psicóticos (Gardner, Pearson, Bercovici y Bricker, 1968). La modificación de comportamientos específicos ha incluido hábitos primarios (Madsen, 1965), específicamente enuresis (Bucher, 1972), conducta de pataleta (Williams, 1959), conducta agresiva (Zeilberger y col., 1968).

Existe escasa información acerca de los atributos personales que deben reunir los padres que reciben entrenamiento. Salzinger y col. (1970) mostraron la relación entre el éxito en el entrenamiento y el nivel educacional, inteligencia y habilidad para leer de los padres. Patterson y col. (1972) encontró que el entrenamiento de padres de nivel socio-económico bajo era difícil por su falta de habilidades y escasa confiabilidad de los reforzadores. Sin embargo, otros autores (Hirsh y Walder, 1969; Mira, 1970) no han encontrado relación entre educación, inteligencia o nivel socio-económico de los padres y la efectividad del entrenamiento, en especial cuando en él tiene escasa importancia el aprendizaje verbal.

El entrenamiento de padres en la modificación conductual de sus hijos supone dos tipos de técnicas. Por una parte, están los procedimientos que el especialista utiliza para entrenar a los mediadores y por otra, las técnicas de tratamiento aplicadas por los mediadores al sujeto. Walder y col. (1969) categorizaron tres aproximaciones de entrenamiento a padres: grupos educacionales, consultas individuales y aprendizaje medio-ambiental controlado. El principal propósito de los grupos educacionales es la presentación de información general sobre modificación conductual para la prevención y manejo de conductas-problema. Hall y col. (1972) condujeron grupos de padres a través de un modelo de "enseñanza respondiente" en lecturas, películas y discusiones de los principios básicos del comportamiento. Otros autores incluyeron experiencias de grupo como parte de un pro-

grama de entrenamiento (Rose, 1969; Cohen, 1970).

El entrenamiento a través de consultas individuales generalmente comprende la modificación de comportamientos en el ambiente clínico o a veces el experimentador debe observar directamente en el hogar (Zeilberger y col., 1968). Bernal (1969) quien usó programas de consulta individual tanto en laboratorio como en el hogar, concluyó que la instrucción directa era esencial para el manejo de cadenas complejas de comportamientos.

Algunos experimentadores han investigado el uso de aprendizaje medio-ambiental controlado, en el cuál el comportamiento es modelado (shaping) en un proceso gradual. Frecuentemente se realizan en situaciones de laboratorio con visión unilateral, en las que los experimentadores dirigen los comportamientos de los padres a través de señales (Patterson y Brodsky, 1966; Tordal y Buell, 1969). Sin embargo, también se han usado procedimientos similares en el hogar. (Zeilberger, y col., 1968).

Muchos padres han sido entrenados sólo verbalmente en los principios básicos del condicionamiento operante y la teoría del aprendizaje (Skinner, 1939; Patterson y col., 1972; Paine, 1972). Usualmente este procedimiento incluye la comprensión de los principios del aprendizaje operante y un conocimiento acerca de las formas de presentación y mantención de los comportamientos indeseables en el desarrollo del aprendizaje social del niño (Patterson, 1968). Muchos de estos estudios se refieren a instrucciones verbales específicas entregadas por el terapeuta a los padres, las que deben manifestarse en su comportamiento (Zeilberger y col., 1968; Wahler, 1969; Allen y Harris, 1971).

Otra aproximación de entrenamiento consiste en enseñar a los padres un conjunto de habilidades comportamentales suscepti-

blos de ser aplicadas a una variedad de problemas. Por ejemplo, enseñar a definir conductas, contabilizar y graficar su frecuencia y aplicar consecuencias (Staughan, 1969; Terdal y Buell, 1969; Mira, 1970; Patterson y col., 1972).

Hay entrenamientos que enfatizan el moldeamiento de conductas específicas de los padres para modificar sus reacciones frente a las conductas de sus niños. Hawkins, Peterson, Scheid y Bijou (1966) modelaron las reacciones de una madre a los comportamientos objetables de su hijo, haciéndola reaccionar a diferentes señales.

Tal vez la técnica de entrenamiento de padres más usada ha sido la instrucción didáctica. Algunos entrenamientos están basados en la instrucción y dirección verbal (Madsen, 1965; Patterson, 1965; Hawkins y col. 1966; Wahler, 1969; Salzinger y col., 1970); otros en películas (Hall y col., 1972) y lecturas de textos de instrucción programada sobre los principios básicos de la conducta y sus aplicaciones (Lindsley, 1966; Rose, 1969; Cohen, 1970; Patterson y col., 1972).

Una de las técnicas de entrenamiento más exitosa es el "modeling", el que supone demostraciones concretas por parte del experimentador respecto a las conductas deseables que el mediador debe adquirir (Straughan, 1964; Patterson y Brodsky, 1966; Johnson y Brown, 1969; Rose, 1969).

En los estudios sobre entrenamiento de padres, a menudo se combinan muchas de estas técnicas, pero se desconocen cuales producen los mejores resultados con los distintos tipos de padres. Todas las técnicas enumeradas han probado su efectividad en cuanto a producir cambios en el comportamiento de los padres.

Por otra parte, se ha visto que los padres han sido entreñados en una serie de técnicas de tratamiento para modificar la

conducta de sus hijos. Varios autores (Wahler y otros, 1965; Hawkins y otros, 1966; Patterson y Brodsky, 1966; Shah, 1967; Salzinger y otros, 1970; Herbert y Baer, 1972) informan del uso de refuerzo programado por parte de los mediadores para lograr controlar el medioambiente de sus hijos.

Otras investigaciones tratan del uso del refuerzo secundario entregado por los padres. Para este efecto habitualmente se han utilizado las fichas (O'Leary y otros, 1967) y el sistema de puntos (Christophersen y otros, 1972).

Varios autores han reportado el uso de time-out por parte de los padres para extinguir conductas indeseables (Hawkins y otros, 1966; Patterson y Brodsky, 1966; O'Leary y otros, 1967; Shah, 1967; Zeilberger, 1968).

La principal contribución de los estudios sobre entrenamiento a padres en la modificación conductual, ha sido demostrar empíricamente la relación funcional entre las contingencias de los padres y el comportamiento del niño. Sin embargo, hay aspectos que son a menudo omitidos como por ejemplo, la descripción adecuada del proceso de entrenamiento, datos de los cambios comportamentales de los padres y mediciones de la generalización y duración del cambio.

III

M E T O D O

Objetivos Generales.

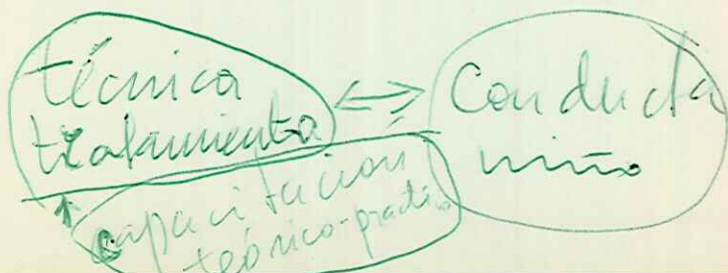
Lograr una modificación de las conductas desadaptativas que presentan los niños D.C.M., a través del entrenamiento sistemático de sus padres en los principios del aprendizaje operante y en las técnicas de modificación conductual basadas en dicho paradigma.

Objetivos Específicos.

- 1.- Adaptación del manual de Patterson y col. (1968) destinado al en trenamiento de los padres en los principios del condicionamiento operante y estudio de su efectividad.
- 2.- Aplicación a los padres de las técnicas de modeling simbólico, in vivo y participante, como complemento del entrenamiento en los principios del condicionamiento operante.
- 3.- Estudio de la generalización de los cambios en las conductas ma- nipuladas a las conductas desadaptativas no tratadas directamen- te.

Variables.

- Variable Independiente: Las técnicas de tratamiento entregadas a los padres para la modificación de las conductas desadaptativas de sus niños D.C.M. y la capacitación teórico-práctica que reciben dichos agentes.
- Variable Dependiente: Las conductas - meta que serán objeto de me didición y que recibirán tratamiento psicológico por parte de los a- gentes mediadores.



Hipótesis.

- Hipótesis 1: Las conductas - meta para cuya modificación específica se ha entrenado a las madres, presentarán diferencias significativas en la intensidad y frecuencia de emisión, entre la medición de línea base y el período de post - entrenamiento de las madres.
- Hipótesis 2: Las conductas desadaptativas no tratadas experimentalmente, presentarán diferencias significativas en la intensidad y frecuencia de emisión entre la línea base y el período post - entre namiento de las madres, por el efecto postulado de generalización de respuesta.
- Hipótesis 3: Existirá una correlación directa entre el grado de capacitación teórica de las madres, medido después del entrenamiento específico (Patterson) y el grado de reversibilidad de las conductas manipuladas experimentalmente.

cap. teórica \longleftrightarrow relac. reversibilidad de las conductas
madres.

Muestra:

Se trabajó con una muestra de tipo intencionado, proveniente del Policlínico de Neurología y Psicología del Hospital Joseina Martínez (Puente Alto).

El número inicial de sujetos seleccionados fue de 13, ha biéndose perdido 3 sujetos por inasistencia de las madres.

Los criterios utilizados para la selección de la muestra fueron:

1.- Edad: entre 6 años, 11 meses y 10 años, 11 meses.

Se determinó este rango de edad, por tratarse de un período cronológico clave, en cuanto a la emergencia de trastornos de aprendizaje y de conductas que interfieren significativamente en el proceso de adaptación social-familiar.

2.- Diagnóstico Neurológico: Puesto que el síndrome de D.C.M. supone un déficit orgánico - cerebral, se hace necesario establecer la presencia de alteraciones neurológicas.

3.- Diagnóstico Psicológico: Tendiente a la obtención de un diagnóstico psicológico de D.C.M., a partir del estudio cognitivo y comportamental del niño.

Dada las características de este síndrome, estos dos últimos diagnósticos permiten un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico de D.C.M., reduciéndose así las posibilidades de error.

4.- Idoneidad de las madres: Se establecieron tres condiciones que debían reunir las madres, indispensables para el entrenamiento específico a que serían sometidas: nivel intelectual compatible con una adecuada comprensión de los requerimientos; interés y cooperación adecuados; conocimientos lecto - escritos elementales.

A partir de los datos de anamnesis, exámen neurológico y psicológico, se obtuvo una caracterización de cada niño con énfasis en los trastornos específicos de conducta.

IV

TECNICAS DE MODIFICACION CONDUCTUAL

Se utilizaron las siguientes técnicas en el tratamiento de las conductas meta, las que se incluyeron en el entrenamiento y en los programas de modificación conductual entregados a las madres.

1.- Reforzamiento positivo: Es la entrega de un evento ambiental o consecuencia positiva para el sujeto, que ocurre inmediatamente después de emitida la conducta deseable, aumentando la probabilidad de aparición de dicha conducta (Kanfer y Phillips, 1970).

a) Reforzamiento positivo utilizando reforzadores tangibles: Es la entrega contingente de premios tales como dulces, regalos, ver T.V., salir a jugar, etc.

b) Reforzamiento positivo utilizando reforzadores intangibles o sociales: Es la entrega contingente de reforzadores tales como caricias, besos (físicos) y/o alabanzas (verbales), etc. (Allen, Hatt, Bruel, Harris y Wolf, 1964; Harris, Johnston, Kelly y Wolf, 1964; Johnston, Kelly, Harris y Wolf, 1966; Baer y Wolf, 1968).

2.- Sistema de reforzamiento secundario: Es la introducción de un evento reforzador inmediato que señala la entrega posterior de otro reforzador (Birnbrauer, Bijou, Wolf y Kidden, 1965; Ayllon y Azrin, 1968; Wolf, Gillis y Hall, 1968; Kazdin y Bootzin, 1972).

3.- Extinción: Es la disminución gradual en la tasa de ocurrencia de una respuesta debido a la suspensión de reforzamiento. Esto requiere que exista una respuesta adquirida previamente y que su ocurrencia actual esté siendo mantenida por un reforzamiento identificable (William, 1959; Walton, 1960; Kanfer y Phillips, 1970).

Generalmente se ha usado en combinación con el refuerzo positivo de conductas incompatibles. (Hart, Allen-Bruell, Harris y Wolf, 1964).

4.- Shaping: Es la aplicación combinada de reforzamiento diferencial y extinción diferencial, en que se cambia gradualmente la topografía y organización de una respuesta (Skinner, 1953; Isaacs, Thomas y Goldiamond, 1960).

5.- Modeling: Es una técnica utilizada cuando se pretende alterar la probabilidad de ocurrencia de una conducta cuya frecuencia de emisión es igual a cero y que consiste en la ejecución por parte de un modelo de la conducta que se desea instaurar. En general, se utiliza reforzamiento social como forma de incrementar la probabilidad de ocurrencia de la conducta modelada (Bandura, 1962; Bandura y Walters, 1963; Bandura, 1969).

6.- Costo de respuesta: Es el retiro de un refuerzo positivo en forma contingente a una respuesta (Baer, 1962; Weiner, 1962; Wetzel, 1966; Kanfer y Phillips, 1970). Se ha utilizado generalmente esta técnica en un sistema de reforzamiento secundario.

7.- Time - out: Es un período en el cual el organismo no puede obtener ningún refuerzo positivo contingente sobre su conducta. A menudo este período es precedido de un estímulo discriminativo que especifica el time - out (Ferster, 1958; Risley y Wolf, 1967; Wolf, Risley y Mees, 1964; Wolf, Risley, Johnston y Allen, 1967).

Definición Operacional de las Conductas.

Para los fines de este trabajo, sistematizamos las conductas a estudiar del siguiente modo:

1.- Conductas no manipuladas directamente por parte de los agentes mediadores (padres).

Se incluye aquí un conjunto de conductas caracterizadas por una fuerte connotación de los aspectos neurológicos alterados, las que se hallan en la base de prácticamente todas las conductas desadaptativas del niño. Por la naturaleza de las mismas, sólo pueden ser abordadas en términos de modificación, en el contexto conductual más amplio, en el que habitualmente están insertas, lo cual es específico y diferenciado para cada niño.

Hiperquinesia: Incremento significativo de la conducta motora sin finalidad aparente.

Impulsividad: Disminución significativa de la capacidad de control motor, probablemente de base emocional, frente a situaciones de requerimiento externo, ya sea en el plano verbal, gestual o motor propiamente tal.

Intolerancia a la frustración: Irrupción brusca, con latencia mínima, de estados emocionales displacientes (llanto, pataletas, gritos, etc.) frente a situaciones externas que no se acomodan a las expectativas inmediatas del niño.

2.- Conductas de manipulación directa por parte de los agentes mediadores (padres).

Se incluye aquí, un conjunto de conductas desadaptativas, en las cuales es posible postular una etiología prevalentemente psicológica, en la medida que se trata de respuestas en déficit o en exceso, funcionalmente ligadas a las contingencias de manejo ambiental.

Desobediencia: conducta refractaria - pasiva frente a los requeri-

mientos, actitudes u obligaciones derivadas del medio-ambiente.

Desorden: dificultad para organizar en forma espontánea y aceptable para su edad, situaciones relacionadas con adquisición de hábitos de auto - ayuda y de trabajo escolar.

Agresividad: Conductas orientadas a atacar física o verbalmente a padres, hermanos y/o pares. Se considerarán como tales: los golpes con manos y objetos, dar patadas, rasguñar, empujar, tironear, amenazas verbales de asalto físico o amenazas de acción violenta contra niños y/o adultos.

--- * ---

V

PROCEDIMIENTO

Consideraciones generales.

El primer aspecto a considerar es el medio ambiente físico en que se realizó la investigación. El trabajo directo con las madres y los niños se llevó a cabo en el Policlínico de Neurología y Psicología del Hospital Josefina Martínez (Puente Alto) en el que se disponía de tres oficinas para el uso de cada terapeuta individualmente y de una sala espaciosa para las sesiones grupales. También fué necesario realizar visitas a los hogares de los niños seleccionados con el fin de conocer el medio ambiente natural en el que se desenvolvían los sujetos y realizar posteriormente los estudios de confiabilidad. Geográficamente los hogares se ubicaban en las comunas de La Florida, La Granja y Puente Alto.

Las condiciones físicas pueden definirse como precarias, caracterizándose por un número reducido de habitaciones (2 ó 3). No obstante, las condiciones estimulativo - culturales eran superiores a lo esperable dadas las características del ambiente físico. La mayoría de los hogares disponía de radio, T.V., revistas, diarios, etc.

Un segundo aspecto importante concierne a los agentes mediadores. Estos fueron las madres, quienes recibieron entrenamiento de parte de los especialistas en los principios del aprendizaje operante y en las técnicas de modificación conductual, como capacitación para realizar el tratamiento de las conductas desadaptativas de sus hijos.

Con el propósito de mantener el rapport con la madre se distribuyeron los casos de la muestra entre los tres terapeutas, situación que se mantuvo hasta el final del entrenamiento.

La aplicación de las técnicas de modificación conductual a las madres, requirió de una etapa de selección previa al entrenamiento propiamente tal. Se describen a continuación, en forma secuencial los pasos utilizados para este efecto.

1.- Primera Etapa: Selección de la muestra.

1.1 Entrevista inicial a las madres: Se realizó con el fin de preseleccionar los casos diagnosticados neurológicamente como D.C.M. a través de la apreciación clínica de la idoneidad de las madres y de la existencia de conductas desadaptativas atribuibles al síndrome de D.C.M.. En esta entrevista se utilizó una adaptación de la pauta de anamnesis tradicional, en la cual se incluyeron los siguientes aspectos: antecedentes del grupo familiar, motivo de consulta, áreas comportamentales conflictivas, adaptación emocional social, antecedentes del desarrollo temprano, antecedentes médicos y apreciación clínica del nivel intelectual, interés y grado de cooperación de la madre.

1.2 Evaluación psicológica: Los niños que respondieron al criterio neurológico de D.C.M. y al de idoneidad de las madres, fueron sometidos al estudio psicológico tendiente a configurar los criterios psicológicos previamente establecidos. Para este efecto se utilizó una batería de instrumentos que incluyó:

- La Escala de Inteligencia de Wechsler Infantil (W.I.S.C.- estandarización nacional, 1962, Universidad Católica-) con el propósito de medir el nivel intelectual de los sujetos, descartando la existencia de subnormalidad intelectual y analizar las funciones cognitivas involucradas en los distintos sub-tests.
- Test Gestáltico Viso - motor (Bender-Zazzó; Zazzo, 1963) para obtener el nivel maduracional de la organización perceptivo-motora.
- Pauta de observación del niño en la situación de prueba, confec-

cionada a partir de la selección de contenidos de "Pauta de Observación" (Vera Kardonsky, 1973, sin publicar). Se consideró la presencia de los siguientes indicadores: impulsividad, hiperquinesia, fallas en la atención y concentración e intolerancia a la frustración.

Simultáneamente, se entrevistó a los niños intentando pesquisar la apreciación personal de cada uno con respecto a sus propios problemas conductuales y su motivación para el cambio.

El diagnóstico psicológico obtenido a partir del análisis de los rendimientos psicométricos y de la observación clínica del niño fué cotejado con el diagnóstico neurológico, debido a que se aplicó un criterio de convergencia a fin de mejorar la confiabilidad diagnóstica.

Cumplida esta etapa se estableció la muestra definitiva, constituida por 13 casos.

El cuadro que se reproduce a continuación resume las características principales de los 10 niños que constituyeron la muestra definitiva, en base a los criterios señalados.

CUADRO # 1
DESCRIPCION DE LA MUESTRA

Nombre	Edad	Escolaridad	Lugar entre Hermanos	Nivel educación Madres	Trastornos de aprendizaje	Criterio Neurológico	Desarrollo cognitivo Global	Madurez perceptiva Motora	Conductas Alteradas
Adan	10 años 1 mes	5° B	Menor de 5 Hnos	4° M	SI	D. C. M.	Normal Superior	± 7	HIPERQUINESIA ¹⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾ LABILIDAD ATENCIONAL ¹⁾
Arnaldo	10 años	3° B	Mayor de 2 Hnos	6° B	SI	D. C. M.	Normal Promedio	7-8 años	HIPERQUINESIA ¹⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ LABILIDAD ATENCIONAL ¹⁾
Clara	7a 7m	2° B	Menor de 3 Hnos	4° B	No	D. C. M.	Normal Superior	+ 0	HIPERQUINESIA ¹⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾ INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾
David	7a	1° B	Mayor de 4 Hnos	5° B	SI	D. C. M.	Normal Promedio	- 6	HIPERQUINESIA ¹⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾ INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾
Fernando	7a 9m	2° B	Unico	4° M abue	No	D. C. M.	Normal Promedio	6-7	HIPERQUINESIA ¹⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾ INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾
Gisella	7a 4m	2° B	3º de 4 Hnos	7° B	SI	D. C. M.	Normal Promedio	6	HIPERQUINESIA ¹⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾ INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾
J. Miguel	7a 5m	2° B	Mayor de 2 Hnos	4° B	SI	D. C. M.	Normal Torpe	- 6	LABILIDAD ATENCIONAL ¹⁾ HIPERQUINESIA ¹⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾ INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾
L. Alfredo	7a 2m	2° B		6° B	No	D. C. M.	Inteligencia Superior	6	HIPERQUINESIA ¹⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾ INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾
Luisa	7a 11m	2° B	Menor de 3 Hnos	4° B	No	D. C. M.	Normal Torpe	- 6	HIPERQUINESIA ¹⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾ INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ DESOBEDIENCIA ²⁾ DESORDEN ²⁾
Nelson	9a	2° B	Menor de 4 Hnos	6° B	SI	D. C. M.	Normal Promedio	± 0	HIPERQUINESIA ¹⁾ AGRESIVIDAD ²⁾ AMURRADO INT. A LA FRUSTRACION ¹⁾ IMPULSIVIDAD ¹⁾

2.- Segunda Etapa: Pre - entrenamiento.

2.1 Segunda entrevista con la madre: El principal objetivo de esta etapa fué profundizar aquellas conductas - problema reportadas por las madres en la anamnesis. La determinación de las conductas susceptibles de ser tratadas, se basó fundamentalmente en el criterio valorativo de las madres, en cuanto éstas interferían notoriamente en el contexto natural del niño y en la evaluación clínica de dichas conductas.

Para este efecto se confeccionó una pauta que permitiera una descripción y jerarquización exhaustiva, por parte de la madre, de las conductas - problema, a fin de posibilitar la sistematización en términos de las contingencias funcionalmente relacionadas con los trastornos (Apéndice Nº 1).

2.2 Selección de las conductas a manipular: En base al análisis funcional de las conductas reportadas por las madres, se determinaron aquellas susceptibles de ser manipuladas directamente y a aquellas que sólo serían observadas para verificar la generalización de respuesta.

2.3 Exploración del repertorio de reforzadores: Para este efecto se realizó una entrevista individual con el niño, tendiente a obtener el repertorio de reforzadores primarios y secundarios (adaptación del "Schedule of Reinforcement" de Cautela; Apéndice Nº 2).

3.- Tercera Etapa: Entrenamiento teórico - práctico de las madres en los principios básicos del aprendizaje de conductas.

Se llevó a cabo a través de una modificación del texto programado de Patterson para entrenar padres, realizada por Finkels~~te~~in y otros (1973) (Apéndice Nº 3). Se consideraron las áreas com

portamentales que tenían relación directa con los aspectos conflictivos informados por las madres. Para facilitar la comprensión y asimilación de los diferentes contenidos se utilizó un lenguaje adaptado a las características socio - culturales de las madres. Con el mismo objetivo se utilizaron representaciones gráficas en colores para ejemplificar cada una de las situaciones (Cuadro Nº 2). A cada madre se le entregó una carpeta para archivar el material didáctico correspondiente a cada sesión.

C U A D R O # 2
REPRESENTACIONES GRAFICAS

Se realizaron sesiones grupales de 60 minutos de duración, en las que uno de los terapeutas explicaba cada unidad de materia, induciendo e incentivando permanentemente la participación activa de las madres, mediante refuerzo social.

Para constatar en la práctica el funcionamiento del texto se efectuó un plan piloto, consistente en su aplicación a 4 madres, seleccionadas con criterios similares a los señalados previamente.

3.1 Entrenamiento en observación y registro de conductas: Se realizó en dos sesiones grupales, la primera de las cuales se dedicó al entrenamiento en observación y registro propiamente tal. En la segunda se hizo entrega de tarjetas para el registro de algunas de las conductas reportadas por la madre. En dichas tarjetas cada conducta estaba subdividida en tres intensidades posibles de emisión (desde no emisión a excesiva emisión). Esto se complementó con un sistema de colores convencional que significaba la emisión de cada conducta. (Apéndice Nº 4).

Posteriormente, se cuantificó la categoría de no - emisión como cero (0), la de emisión moderada como uno (1) y la excesiva como dos (2), a fin de realizar el análisis y comparación estadística.

Objetividad
3.2 Confiabilidad inter - terapeuta: Este estudio consistió en la determinación de la confiabilidad de los criterios de los tres terapeutas, en dos situaciones inestructuradas, al observar las conductas de llanto - agresividad - hiperquinesia de tres niños que se encontraban en la sala de espera del Policlínico.

3.3 Estudio de Confiabilidad madre - terapeuta: Posteriormente se efectuó una visita a los hogares respectivos a fin de obtener los datos de confiabilidad de los criterios de observación en tre terapeuta y madre.

3.4 Obtención de la línea base: El control de los registros realizados por las madres, como parte de su entrenamiento, evidenció un decremento considerable de las conductas desadaptativas, con respecto a los datos obtenidos en la anamnesis. Se infirió de este hecho, la presencia por parte de las madres de un cambio espontáneo de actitud con el niño lo que incidió en una modificación del comportamiento de éste, por lo cual se determinó como línea base definitiva la que se obtuvo a partir de los datos iniciales de la anamnesis.

3.5 Finalización del entrenamiento teórico de las madres en los principios del condicionamiento operante: Este aspecto ocupó dos sesiones.

3.6 Evaluación del Patterson: Se realizó mediante una prueba construida con este propósito (Apéndice Nº 5), para medir la relación entre el aprendizaje de las madres y la reversibilidad de las conductas - meta. (Hipótesis 3)

3.7 Modeling grupal o individual: Para reforzar los conocimientos entregados sobre aprendizaje se realizó por una parte, una sesión de modeling grupal in - vivo en la que un terapeuta interactuaba con los niños a través de diferentes situaciones y manipulaba adecuadamente las contingencias de refuerzo frente a los distintos comportamientos (time - out, costo de respuesta, extinción y refuerzo social para conductas de cooperación). Esta situación era observada por las madres de modo de no ser percibidas por los niños, mientras que dos terapeutas les explicaban las contingencias empleadas.

Conjuntamente se realizó una sesión de modeling individual en el que interactuaba la madre y el niño, mientras eran observados por un terapeuta. Terminada la sesión el terapeuta analizó con la

donde

observada

madre la adecuación o inadecuación de las contingencias de refuerzo que ella había aplicado.

3.8 Entrega de programas de modificación conductual: Se realizó durante una sesión individual con las madres en la que se hizo entrega de una copia del programa de tratamiento. Dicho programa fué elaborado en un lenguaje comprensible y en forma de instrucciones concretas.

Habiéndose observado en el análisis funcional que las conductas desadaptativas, sus condiciones antecedentes y consecuentes eran muy similares en todos los casos, los programas de tratamiento contemplaron las mismas técnicas, variándose únicamente las instrucciones específicas dadas a las madres para su aplicación.

El esquema general de los programas de modificación conductual se detalla en el cuadro siguiente:

CUADRO Nº 3

<u>CONDUCTA</u>	<u>TECNICAS</u>
Desorden	- Extinción - Reforzamiento positivo de la conducta deseable - Modeling participante - Shaping: 1º refuerzo tangible, 2º refuerzo social.
Agresividad	- Extinción - Costo de Respuesta - Time - out - Reforzamiento positivo de la conducta deseable.

- Extinción
 - Desobediencia
 - Costo de respuesta
 - Reforzamiento positivo de la conducta de de
scable.
-

Además, en la misma sesión se expuso el sistema de reforzamiento secundario que se usaría durante el tratamiento (notas diarias). Conjuntamente, se les entregó dos tarjetas: una de registro de las conductas no manipuladas y otra para las notas, correspondientes a las conductas tratadas. Ambas tarjetas fueron controladas semanalmente.

Se eligió el sistema de notas porque era de fácil comprensión y manejo tanto para la madre como para el niño, dado su significado convencional. Para lograr la comparación con los datos de las otras etapas de la investigación (categorías cero (0), uno (1) y dos (2)) se estableció:

Nota	Categoría
7 - 6	0
5 - 4	1
3 - 1	2

4.- Cuarta Etapa: Aplicación del programa de modificación conductual por parte de las madres:

4.1 Primer Control: Se asoció el sistema de notas con refuerzo tangible y social, entregados por la madre. Durante la sesión el terapeuta también entregaba refuerzo social a la madre y al niño. Conjuntamente, se recomendaba a la madre seguir aplicando las técnicas incluidas en el programa.

4.2 Segundo Control: Se continuó aplicando el sistema de notas con refuerzo social y tangible, pero la entrega de aquél no

se efectuó al final de la semana sino que, se postergó por cuatro días con el fin de sustituirlo gradualmente por refuerzo social. Se continuó aplicando el programa en la forma indicada.

4.3 Tercer Control: Al verificar que las conductas - meta disminúan en intensidad y frecuencia se aumentó el lapso en la entrega de refuerzo tangible, postergándola por dos semanas. Se siguió aplicando el programa de modificación conductual.

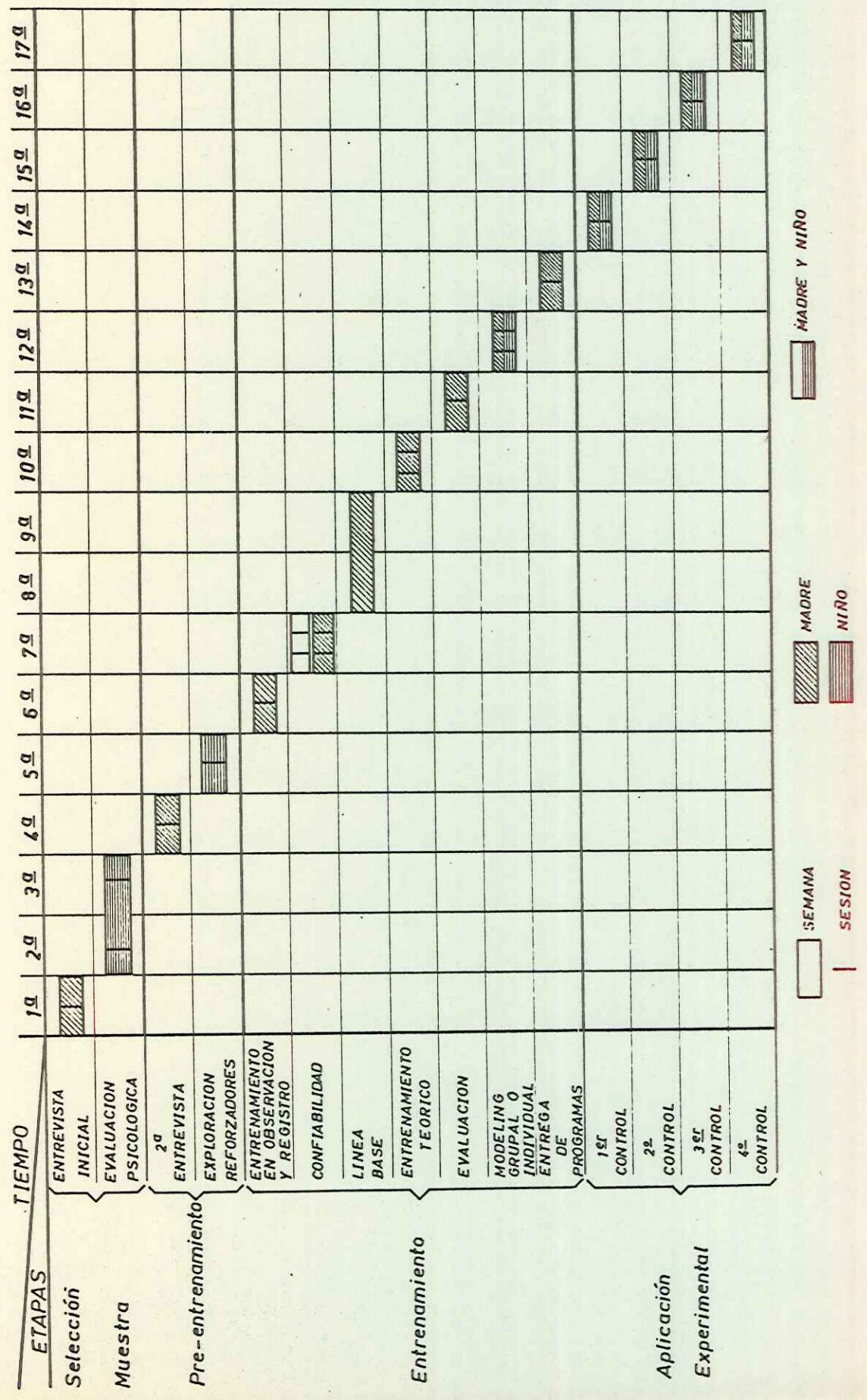
4.4 Cuarto Control: En algunos casos, en este período se logró una total estabilización de las conductas - meta, por lo que se suprimió la entrega de refuerzo tangible. En otros casos, se continuó aplicando lo anterior hasta llegar a la estabilización de las conductas - meta.

Se estableció como criterio para pasar de un reforzador a otro, la verificación del decremento de las conductas meta y su estabilización.

El criterio de finalización del tratamiento incluía la verificación diaria de puntajes altos (notas entre 7 y 4) con cierta mantención y la apreciación cualitativa de la modificación conductual hecha por la madre y por el terapeuta.

El gráfico siguiente sintetiza las secuencias anteriormente señaladas:

GRAFICO # 4
ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO



5.- Quinta Etapa: Control y evaluación post - tratamiento.

Para constatar la permanencia del cambio de las conductas meta, más allá del período de tratamiento, se instruyó a las madres para evaluar las conductas respectivas, siguiendo los mismos criterios de la etapa de aplicación de los programas de modificación conductual.

Esta etapa se realizó entre un mes y medio a 2 meses después de finalizado el tratamiento.

Simultáneamente se efectuó un estudio de confiabilidad de criterios de observación madre - terapeuta, similar al realizado durante el período de entrenamiento.

objetividad

VI

ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS

Con el fin de comprobar las hipótesis postuladas se procedió a analizar los datos de las conductas-meta y conductas no manipuladas directamente, para las cuales se postuló una generalización de respuestas. Se comparó los registros de línea base con las diferentes etapas del período experimental en cada una de esas conductas, a través del test del Signo (Siegel, 1970). Para tal efecto, las notas obtenidas de los controles se tradujeron a las categorías de 0-1-2. Los registros individuales y los del grupo total en las conductas-meta y aquellas no manipuladas directamente aparecen en el Apéndice Nº 6.

En los cuadros Nº 5, para las conductas-meta y Nº 6, para las conductas no manipuladas directamente, aparecen los valores de probabilidad de deberse al azar, del cambio entre la línea base y las diferentes etapas experimentales.

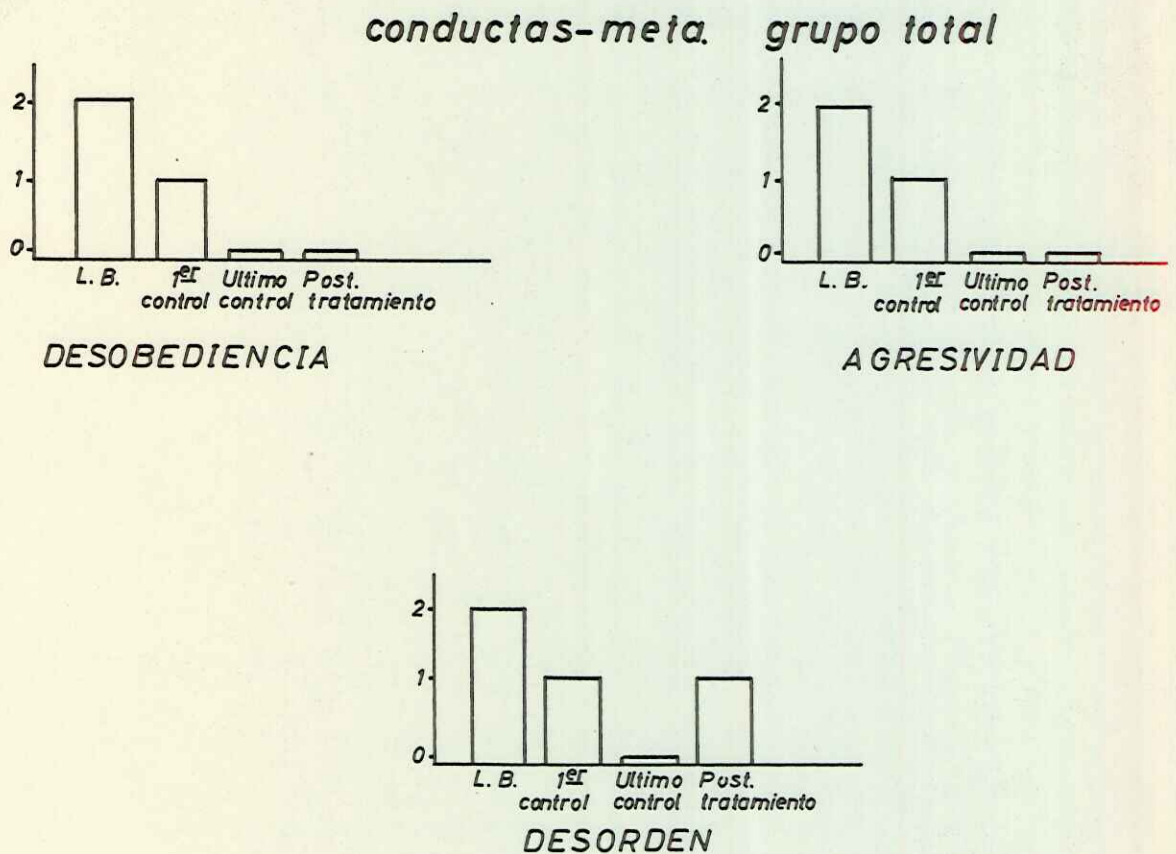
CUADRO Nº 5: Valores de probabilidad de ocurrencia al azar del cambio en las conductas-meta, entre la etapa de línea base y las etapas experimentales, calculadas a través del test del signo.

Comparación: Conduc- tas-me ta. / L.B. y eta- pas expe- rimenta- les.	L.B.y Primer Control	L.B.y Ultimo Control	L.B.y Post- Tratamiento
Desobediencia	0.035	0.002	0.002
Desorden	0.002	0.002	0.002
Agresividad	0.001	0.001	0.001

$\alpha = 0.05$ para una H_0 de ~~una cola~~ *unilateral*.

En este cuadro que contiene los resultados del cambio en las conductas-meta, se observa en todas ellas la existencia de diferencias significativas entre la línea base y las distintas etapas experimentales con un porcentaje de error inferior al 5 % para una hipótesis de una cola. (En todos los casos se rechazó la hipótesis de la igualdad entre los valores comparados, con un $\alpha = 0,05$). Este cambio se puede observar con mayor claridad en el gráfico Nº 7.

GRAFICO Nº 7



Las conductas de "desobediencia" y "agresividad" disminuyeron su frecuencia de emisión paulatinamente hasta desaparecer al finalizar el período experimental y permanecieron ausentes durante el período de post-tratamiento. En cambio la conducta de "desorden" aun

que siguió los mismos patrones que las anteriores hasta el término del período experimental, manifestó una tendencia a regresar a niveles anteriores; aunque en el análisis estadístico no se revela dicha tendencia. Estos resultados permiten aceptar la hipótesis de trabajo 1.

CUADRO Nº 6: Valores de probabilidad de ocurrencia al azar del cambio en las conductas no manipuladas directamente, entre la etapa de línea base y las diferentes etapas del período experimental, calculadas a través del test del Signo.

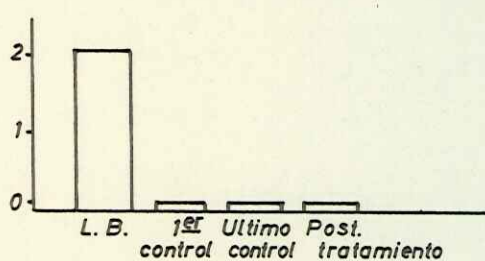
Comparación: L.B. y etapas experimentales Con ductas no manipu- ladas.	L.B. y Primer Control	L.B. y Ultimo Control	L.B. y Post-trata- miento
Hiperquinesia	0,055	0,001	0,001
Impulsividad	0,001	0,001	0,011
Intolerancia Frustración	0,001	0,001	0,011

α = 0,05, para una Ho de una sola, *unilateral*

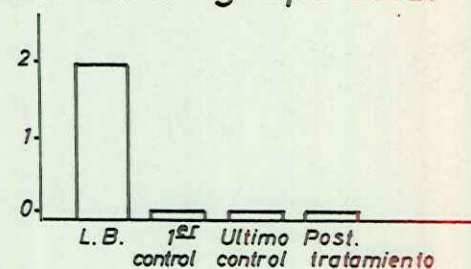
El análisis de este cuadro permite concluir la existencia de un cambio significativo en todas las conductas no manipuladas directamente, entre la línea base y el último control del período experimental y entre la línea base y el período de post-tratamiento. También aparecen diferencias significativas entre la línea base y el primer control en las conductas de "impulsividad" y "baja tolerancia a la frustración" a un nivel del 0,05, pero aparece una tendencia a la significación al comparar estas etapas en la conducta de "hiperquinesia". *(sólo control 1)*

GRAFICO Nº 8

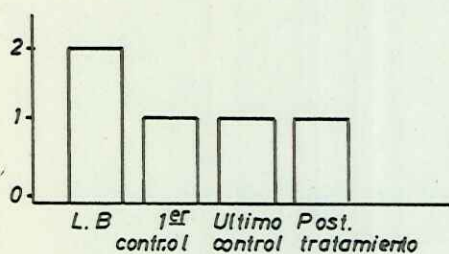
conductas no manipuladas-directament. - grupo total



IMPULSIVIDAD



INTOLERANCIA-FRUSTRACION



HIPERQUINESIA

El gráfico Nº 8 ilustra esta situación. Las conductas de "impulsividad" y "baja tolerancia a la frustración" disminuyeron su frecuencia de emisión en las primeras etapas del período experimental, manteniéndose a este nivel hasta el período de post-tratamiento. Por otra parte, la conducta de "hiperquinesia" manifestó un cambio desde la aplicación del período experimental hasta el post-tratamiento, pero sin que se llegara a presentar ausencia de esta conducta. Es tos resultados permiten aceptar la hipótesis de trabajo 2.

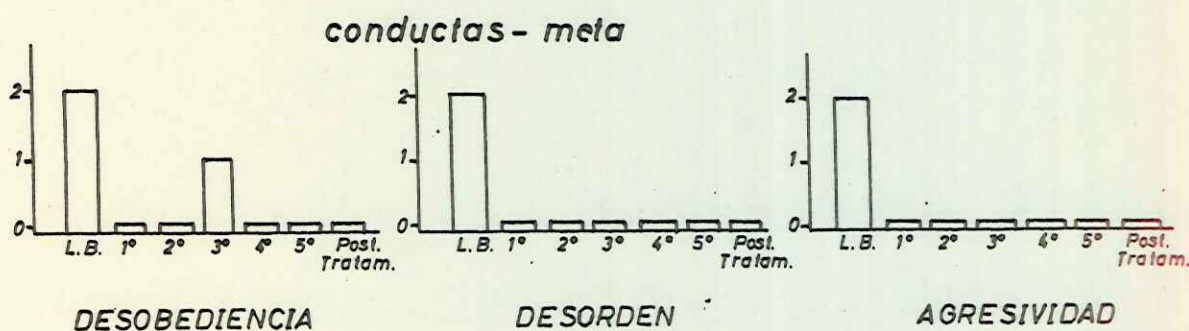
Para verificar si el entrenamiento de las madres a través del texto de Patterson ejerció influencia sobre las conductas-meta, se estableció la relación entre ambas variables. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman a partir de las notas obteni

das por los niños por su comportamiento en las conductas-meta en la última sesión de tratamiento. El valor obtenido fué de - 0.40, valor que no es significativo al 0.05. Se verificó la independencia de esas variables, lo que no permite aceptar la hipótesis de trabajo 3.

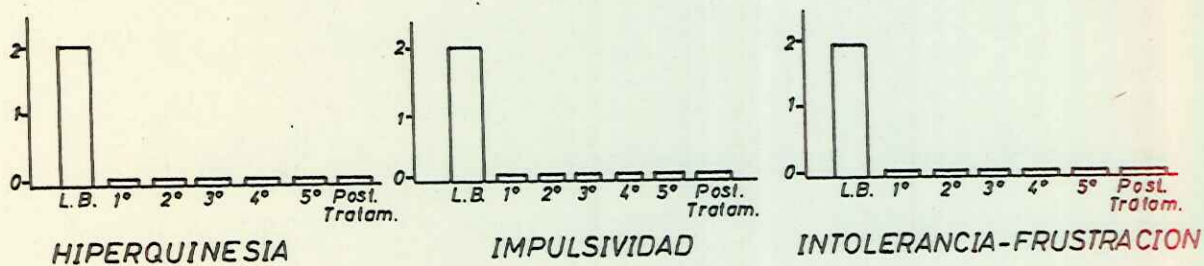
A continuación se analizarán los datos de tres casos con el objeto de visualizar tres modalidades diferentes de cambio conductual. Se eligió dos casos extremos en la frecuencia de emisión de las conductas y otro típico del grupo, por representar una disminución gradual de las conductas desadaptativas.

GRAFICO Nº 9

CASO 1



conductas no-manipuladas directamente

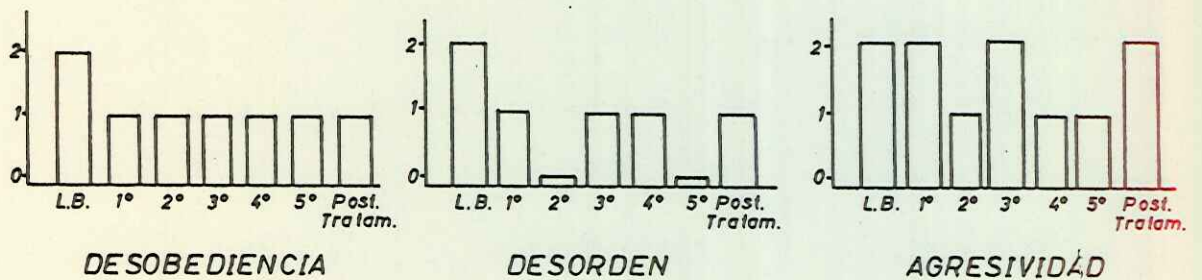


CASO 1.- El gráfico Nº 9 ilustra este caso. Tanto las conductas-meta como las conductas no manipuladas directamente disminuyeron su frecuencia de emisión bruscamente desde el primer control del período experimental y se mantuvieron ausentes durante el período de post-tratamiento.

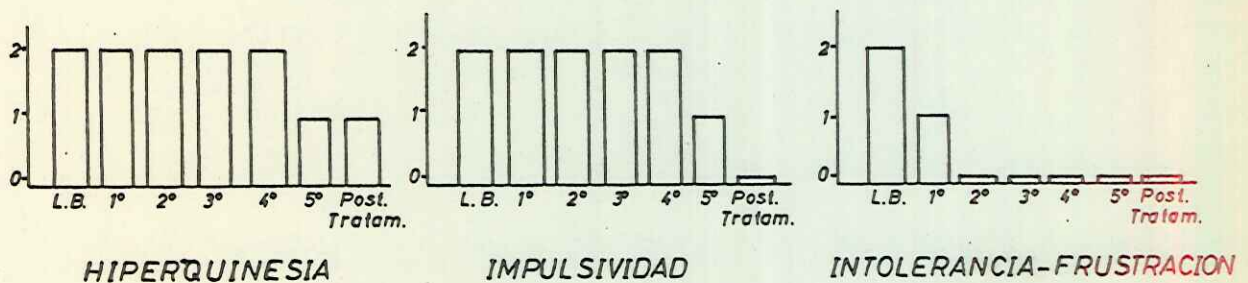
GRAFICO Nº 10

CASO 2:

conductas - meta



conductas no-manipuladas directamente



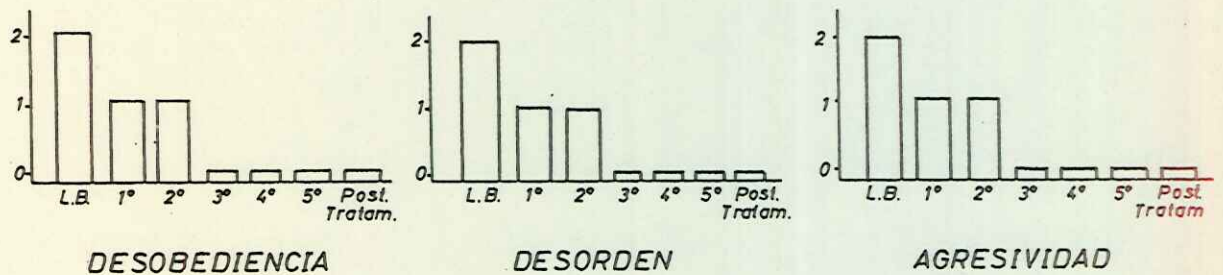
CASO 2.- Las conductas-meta y no manipuladas directamente se muestran en el gráfico Nº 10. La conducta "desobediencia" disminuyó su frecuencia de emisión durante el período experimental y post-tratamiento, pero sin que se presentara ausencia de la conducta. "Desorden" mostró una disminución paulatina en su frecuencia de emisión hasta el segundo control, regresando a niveles anteriores para desaparecer en el último control. Durante el post-tratamiento hubo una dismi

nución en la frecuencia de emisión, sin llegar a su desaparición. La conducta "agresividad" durante el período experimental se mantuvo en el nivel de la línea base, salvo en tres controles donde mostró una disminución en la frecuencia de emisión para recuperar el mismo nivel durante el post-tratamiento. Las conductas "hiperquinesia" e "impulsividad" se mantuvieron durante el período experimental en el nivel de la línea base; aunque disminuyeron su frecuencia de emisión en el último control y durante el período de post-tratamiento. "Baja tolerancia a la frustración" mostró una disminución gradual en su frecuencia de emisión durante el período experimental, llegándose a la ausencia de esta conducta durante el período de post-tratamiento.

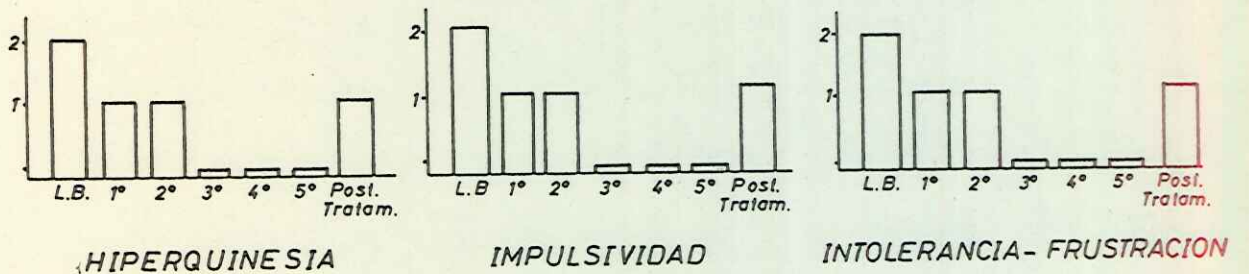
GRAFICO NO 11

CASO 3:

conductas - meta



conductas no-manipuladas directamente



CASO 3.- Se ilustra en el gráfico Nº 11. Las conductas "desorden", "desobediencia" y "agresividad" disminuyeron su frecuencia de emisión paulatinamente hasta desaparecer al finalizar el período experimental y permanecieron ausentes durante el período de post-tratamiento. En cambio, las conductas de "hiperquinesia", "impulsividad" y "baja tolerancia a la frustración" aunque siguieron los mismos patrones que las anteriores hasta el término del período experimental, manifestaron una tendencia a aumentar su frecuencia de emisión durante el período de post-tratamiento.

CONFIABILIDAD: *La objetividad.* La confiabilidad de los datos está dada por la coincidencia de criterio entre las observaciones hechas por las madres y los terapeutas.

Confiabilidad inter-terapeuta: Se realizaron dos observaciones en cada una de las conductas-meta y se compararon las observaciones entre los terapeutas.

$$\text{Confiabilidad} = \frac{\text{Nº de acuerdos}}{\text{Nº de acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100$$

$$\text{Confiabilidad Terap. 1-Terap. 2} = \frac{6}{6 + 0} \times 100 = 100 \%$$

$$\text{Confiabilidad Terap. 1-Terap. 3} = \frac{6}{6 + 0} \times 100 = 100 \%$$

$$\text{Confiabilidad Terap. 2-Terap. 3} = \frac{6}{6 + 0} \times 100 = 100 \%$$

Objetividad.
Confiabilidad madre-terapeuta: Se realizaron dos estudios de confiabilidad, antes y después del tratamiento experimental en la observación de las conductas-meta.

A) Antes del tratamiento:

$$\text{Confiabilidad Madre-Terap.} = \frac{28}{28 + 2} \times 100 = 93,3 \%$$

B) Después del tratamiento:

$$\text{Confiabilidad Madre-Terap.} = \frac{30}{30} \times 100 = 100 \%$$

--- * ---

VII

DISCUSION

Los resultados de esta investigación muestran que la manipulación de las contingencias de refuerzo por parte de las madres, tiene un efecto significativo sobre la conducta de sus hijos. ✓

Podría afirmarse que el entrenamiento entregado a las madres para lograr una modificación de las conductas desadaptativas de sus hijos D.C.M. fué exitoso. En efecto, se verificó la existencia de diferencias significativas en la emisión de todas las conductas-meta entre los períodos de línea base y post-entrenamiento. Esto nos permite aceptar la hipótesis de trabajo 1.

tolerancia de la madre

Por otra parte, se observó generalización del efecto del entrenamiento en las conductas no manipuladas, cuya emisión presentó diferencias significativas entre línea base y post-entrenamiento. De acuerdo con esto se aceptaría la hipótesis de trabajo 2. El efecto de generalización observado permitiría hipotetizar una asociación significativa entre las conductas de mayor connotación neurológica y los comportamientos manipulados. La manipulación directa de los programas de refuerzo para las conductas-meta determinó, probablemente, una reprogramación en el medio ambiente social de cada sujeto, observándose así una generalización a otros comportamientos. Ahora bien, la generalización no implicaría una remisión absoluta de las conductas no manipuladas, ya que las evidencias indican remisión casi absoluta sólo en la etapa de la post-pubertad.

En el criterio de "conducta alterada" están interactuando las variables intensidad, frecuencia, en la medida que un aumento importante de la frecuencia de emisión de una conducta, implica cam-

bios cualitativos (intensidad). De este modo, en la evaluación que realiza la madre en términos de calificar una conducta determinada, dentro de tres rangos posibles de intensidad, está implícitamente considerada la frecuencia de emisión. Por otra parte, el carácter "desadaptativo" de la conducta en general, es producto de un aprendizaje social, por lo tanto, en nuestro caso los criterios familiares en términos de inadecuación tienen un gran peso y determinan en última instancia la adecuación posterior de las conductas tratadas.

El análisis de las conductas-meta y de las conductas no manipuladas directamente mostró un cambio significativo en todas ellas. Sin embargo, la conducta de "desorden" si bien disminuyó su frecuencia de emisión hasta desaparecer durante el período experimental, aumentó su frecuencia durante el post-tratamiento. Esto podría deberse a dos hechos. Por una parte, durante el período experimental el aprendizaje de la conducta "orden" estuvo facilitado por la utilización de shaping y modeling por parte de las madres, lo que probablemente provocó un aumento en su nivel de exigencias con respecto a esta conducta, durante el post-tratamiento. Vale decir, que puede haberse dado una disminución inicial brusca, seguida por una leve remisión, a nivel del primer control. Por otra parte, es probable que la conducta "desorden" dependa menos de las contingencias ambientales que las otras conductas-meta y por lo tanto, estaría más vinculada a factores neurológicos propios del síndrome de D.C.M., concernientes a la integración de los procesos senso-perceptivos y las eferencias motoras. Para que exista la conducta "orden" el niño debe ser capaz de seleccionar la estimulación medio-ambiental y responder adecuadamente a las exigencias externas. Sin embargo, es probable que el niño D.C.M. presente fallas a este nivel. En este sentido, existiría una vinculación entre las conductas "desorden" e "hiperquinesia", puesto que ambas supondrían la incapacidad o dificultad para controlar la

propia conducta frente a la estimulación externa e interna.

En la conducta de "hiperquinesia" se verificó una tendencia al cambio significativo, entre la línea base y el primer control del período experimental. Esta conducta probablemente fué la más sensible a los efectos de la reprogramación de las contingencias de re-fuerzo, desencadenándose un incremento brusco y temporal de la acti-
vidad motora general.

Existe escasa evidencia acerca de los atributos personales que deben reunir los padres para lograr, con relativo éxito, la modificación conductual de sus hijos y acerca del tipo de entrenamiento que se requiere frente a las características específicas que presenten dichos padres. En general, existe un cierto acuerdo sobre la necesidad de concurrencia de algunos factores tales como: un mínimo nivel de escolaridad, normalidad intelectual, motivación suficiente y nivel de cooperación alto. Estos criterios fueron utilizados en esta investigación. Si bien es cierto que no se estudió el peso de cada uno de ellos en el éxito del cambio conductual, estimamos que algunos de estos factores tuvieron influencia en los resultados del entrenamiento de las madres.

Con el objeto de constatar la relación entre el entrena-
miento realizado a través de técnicas audio-visuales, basado en la adaptación del texto de Patterson y el éxito en la modificación con-
ductual efectuada por las madres, se planteó la hipótesis de trabajo 3. Los datos obtenidos mostraron una correlación no significativa entre la evaluación del Patterson y los resultados de tratamiento. Vale decir, habría una independencia entre las variables. Es impor-
tante tener en cuenta que en el momento de la evaluación las madres sólo habían recibido los elementos teóricos del entrenamiento. Sin embargo, al momento de la evaluación del éxito terapéutico, las ma

dres habían sido entrenadas además con otras técnicas, tales como, modeling y entrega de programas dirigidos y específicos para la modificación conductual de sus hijos. La evaluación del Patterson se realizó inmediatamente después de su entrega para obviar las dificultades en la retención de los contenidos aprendidos. Al parecer las instrucciones específicas, dirigidas a modificar las conductas desviadas y el modeling serían técnicas que producirían un cambio más efectivo en el comportamiento parental y consecuentemente en las conductas de los niños. El modeling reúne tres aspectos: intelectual, afectivo y comportamental, propios de una situación real, que facilitaría el aprendizaje obviando los problemas de comunicación verbal y permitiendo el feed-back informacional.

Se podrían hipotetizar otros factores que habrían influido en la obtención de una correlación no significativa entre el aprendizaje teórico y la eficiencia terapéutica de las madres. En general, en esta investigación las madres con mayor nivel de escolaridad obtuvieron los mejores puntajes en la evaluación teórica y aquellas de un nivel educacional inferior, los puntajes más bajos. Esto hace suponer que la carencia de entrenamiento previo en situaciones de prueba académica habría influido en estos resultados. Además, se observó que la obtención de un determinado puntaje en la evaluación, no siempre se reflejó en el logro de la modificación conductual de los niños, lo que estaría indicando, en algunas de las madres, la discrepancia fundamental entre la capacitación teórica y la resolución de problemas en la práctica. Es probable que el entrenamiento teórico per-se no produzca una modificación de los hábitos y actitudes básicos, implícitos en el repertorio de conductas de las madres. En efecto, se observó que madres con un aprendizaje teórico exitoso presentaban ciertas actitudes frente al niño tales como, incapacidad para establecer controles externos, como se comprobó en el caso 2

analizado en el capítulo anterior o desinterés en la aplicación del programa, incompatibles con el logro de la modificación conductual de sus hijos.

Finalmente, la eficiencia terapéutica de las madres parece depender del entrenamiento como un proceso global, teórico-práctico, en el que incidiría el efecto sumatorio de diversos factores tales como, el contacto directo con los terapeutas, las motivaciones intrínsecas de las madres, frente a la modificación conductual de sus hijos, el refuerzo como producto de la interacción grupal y del feedback a raíz de los éxitos obtenidos con el niño y con otras personas.

Existen antecedentes que fundamentan la importancia de la participación activa del sujeto en el proceso de modificación conductual. En este sentido, sería indispensable la entrega de información a los niños acerca de las condiciones terapéuticas y de las expectativas con respecto a su propia conducta. Esto actuaría como una forma de control externo, permitiéndole al niño la organización espontánea de su propio comportamiento. Este aspecto sería particularmente relevante cuando se intenta modificar las conductas desadaptativas de niños D.C.M., quienes por su handicap neurológico necesitarían un mayor control externo. Teniendo en cuenta estos antecedentes, en la sesión destinada a la entrega de programas de modificación conductual a las madres se informó a los niños acerca de las condiciones terapéuticas que se aplicarían a continuación.

De acuerdo a los tópicos discutidos anteriormente, se haría necesario para futuras investigaciones que éstas consideraran algunos aspectos importantes.

En relación al entrenamiento, éste debiera realizarse como un proceso global, teórico-práctico y al mismo tiempo debiera existir un mayor control sobre las distintas variables implícitas en

dicho entrenamiento. Sin embargo, dependiendo de las características específicas de los padres, del tipo de entrenamiento adecuado y de los objetivos que se persigue con el mismo, se necesitará un programa de capacitación determinado. En este sentido, es importante aislar las variables de entrenamiento y medir sus efectos diferenciales.

Otro aspecto importante se refiere a la medición de los comportamientos de los padres que serían modificados mediante el entrenamiento, con el propósito de determinar aquellos que incidirían directamente en el cambio de las conductas de los niños. Además, sería conveniente efectuar un control sobre el comportamiento de los terapeutas que provocan cambios en la conducta de los mediadores.

Uno de los criterios metodológicos más importantes en la evaluación de las investigaciones en modificación conductual, es la determinación de la durabilidad del cambio de las conductas tratadas, a través de la realización de un estudio de seguimiento. Ahora bien, en los trabajos sobre entrenamiento de agentes no-especializados se hace necesario desarrollar técnicas que permitan medir la mantención del cambio conductual tanto de los mediadores como de los sujetos tratados. En este tipo de estudio es fundamental la verificación de la permanencia del cambio de comportamiento parental, puesto que esto será determinante en la mantención de las condiciones contingentes en el medio-ambiente familiar. Se plantea la necesidad de reentrenamiento periódico de los padres para asegurar la permanencia del cambio comportamental. En esta investigación no se realizó un estudio de seguimiento, sino que sólo se verificó la modificación conductual en el período de post-tratamiento.

Finalmente, resultaría interesante la aplicación de las técnicas de entrenamiento a padres, cuyos hijos tengan una gran variedad de problemas conductuales.

El síndrome de disfunción cerebral mínima se acompaña

de una serie de comportamientos desadaptativos, en estrecha relación con un handicap neurológico que aún permanece confuso. Si bien este síndrome es considerado mínimo en cuanto a alteraciones neurológicas, es máximo en términos de los problemas conductuales que suscita, lo cual incide en la desorganización del medio-ambiente familiar, convirtiéndose así en uno de los principales motivos de consulta psicológica. No obstante, mediante una manipulación adecuada de las contingencias medio-ambientales se puede lograr en gran medida la minimización de las alteraciones conductuales, secundarias a las neurológicas.

*** ✕ ***

A P E N D I C E N^o 1

ANALISIS FUNCIONAL

(2a. entrevista a la madre)

2a. ENTREVISTA A LA MADRE

Objetivos Generales: Afinamiento del motivo de consulta (conductas problema) y de las variables involucradas en ellas, con especificación de las condiciones antecedentes (estímulo discriminativo) y de los consecuentes de cada conducta - problema (reforzamiento).

I Listado de las conductas - problema reportado por la madre.

Comparación con el motivo de consulta reportado por la madre:

Agregado: Si: No:

Omisión: Si: No:

II Jerarquización de las conductas - problema. Qué le preocupa más a la madre?

III Ciclo diario de actividades del niño:

- a) Levantarse;
- b) Horas de comida;
- c) Ida al colegio;
- d) Regreso del colegio;
- e) Hora de tareas escolares;
- f) Hora de recreación;
- g) Hora de acostarse;
- h) Sueño.

IV Caracterización de cada conducta - problema:

A. Antecedentes:

- a) En qué situación del ciclo diario se da la conducta;
- b) Qué personas están presentes cuando ocurre la conducta - problema;

- c) Qué hechos coinciden con la aparición de la conducta (ruidos, órdenes, situaciones conflictivas, etc.)
- d) A qué horas del ciclo diario se acentúa la conducta;
- e) Qué personas están presentes cuando se acentúa la conducta.
- f) Qué hechos coinciden con la acentuación de la conducta.

B. Conceptualización de las conductas - problema: En qué consiste cada conducta-problema:

C. Consecuentes:

C.1 Qué pasa en el medio cuando el niño emite la conducta:

- a) Qué hace la madre cuando el niño emite la conducta.
- b) Qué hace el padre cuando el niño emite la conducta.
- c) Qué hacen los hermanos cuando el niño emite la conducta.
- d) Qué hacen otras personas cuando el niño emite la conducta.

C.2 Cómo se retroalimenta en el niño la reacción de otras personas frente a su propia conducta:

- a) Qué hace el niño cuando Ud. (la madre) reacciona de tal o cuál forma frente a la conducta de él.
- b) Qué hace el niño cuando el padre reacciona de tal o cuál forma frente a la conducta de él:
- c) Qué hace el niño cuando los hermanos reaccionan de tal o cuál forma frente a la conducta de él:
- d) Qué hace el niño cuando otras personas reaccionan de tal o cuál forma frente a la conducta de él:

V Listado de las conductas deseables del niño:

Qué cosas buenas hace el niño:

a.1 En actividades Escolares:

a.2 En actividades recreativas:

VI Listado y jerarquización de posibles reforzadores:

a) Qué cosas le gusta hacer al niño:

b) Qué cosas le gusta comer al niño:

c) Qué es lo que más le gusta al niño:

d) A qué cosas le teme el niño:

--- * ---

A P E N D I C E N º 2

ADAPTACION DE "SCHEDULE OF REINFORCEMENT"

DE CAUTELA

PAUTA DE REFORZADORES

Nombre:

Edad:

COSAS QUE ME GUSTAN

¿ Te gusta ver T.V. ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ A que horas prefieres ver T.V. ?

¿ Te gusta leer ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Qué cosas te gusta leer ?

¿ Te gusta salir ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Te gusta ir al parque ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Te gusta ir al cine ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Te gusta ir a jugar con amigos ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Te gusta ver deportes ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Te gusta ir a ver familiares (tíos, primos, etc.)

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Te gusta salir de paseo ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ A qué lugares te gusta salir ?.....

¿ Te gusta escuchar música ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Qué tipo de música te gusta ?.....

¿ Prefieres escuchar radio o discos ?.....

¿ Te gustan los animales ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

Si te gustan los animales; ¿Te gustan para mirarlos o cuidarlos ?

.....

¿ Qué animales te gustan ?.....

De todas estas cosas, ¿Cuales te gusta hacer? Marca todas las que te gusten:

Puzzles _____

Palabras cruzadas _____

Juntar estampillas _____

Juntar monitos de álbumes _____

Jugar cartas _____

¿ Qué otros juegos te gustan ?.....

¿ Te gustaría cantar en un coro o en un conjunto ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Te gustaría bailar en un grupo ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Te gustaría participar en un grupo deportivo ?

Mucho _____

Poco _____

Nada _____

¿ Qué deportes te gustaría hacer ?.....

¿ En qué otras actividades te gustaría participar ?

¿ Por qué cosas te gusta que te feliciten ?

Por ser buen alumno _____

Por ser buen compañero _____

Por ser responsable _____

Por ser ordenado _____

Por portarse bien en la casa _____

Por ayudar a la mamá _____

Por ser bonito o bonita _____

Por ser empeñoso _____

¿ Por qué otras cosas te gustaría que te felicitaran ?.....

Te gusta estar con: (Marca todos los que prefieras)

Niños de tu edad _____

Niños más grandes _____

Niños más chicos _____

Tus familiares _____

Tus hermanitos _____

Tus padres _____

¿ Con qué otras personas te gustaría estar ?.....

¿ Qué cosas te gusta que te regalen?.....

--- * ---

A P E N D I C E N º 3

TEXTO ADAPTADO DE PATTERSON

I. LA CONDUCTA

1.- ¿ Qué es la conducta ?

Todo lo que hacen los niños a diario, como hablar, caminar, pelear, comer, estudiar... es una conducta. También cuando ellos observan algo y lo comentan, y cuando imaginan cosas.

2.- Cómo aprendemos a comportarnos ?

Casi todo lo que hace el niño a diario (o sea, sus conductas) es aprendido y los niños no nacen con ellas. La mayoría de las cosas (conductas) que hace el niño son aprendidas.

Ejemplos: Ser desobediente, desordenado, peleador, amurrarse, etc. son conductas aprendidas.

- a) Algunas conductas los niños las aprenden imitando a los demás, es decir, los niños hacen lo que los otros hacen.

Ejemplos: Cuando un niño se enoja, puede que lo haga igual a como se enoja su hermano, sentarse a la mesa, comer de una forma determinada, saludar, etc.

- b) Otras conductas los niños las aprenden según como los demás reaccionan con él, o sea, según como las otras personas responden a lo que él hace. Las consecuencias de la conducta del niño son todas aquellas cosas que las personas hacen inmediatamente después que el niño hace algo..

Por ejemplo: Amenazar, retar, pegar, regalonear, premiar, después que el niño hace algo.

Ejemplo: Cuando usted lo manda a comprar pan y él lo hace, Ud. le da un beso cuando vuelve o le dice que está contenta por su ayuda.

Que el niño le obedezca en ir a comprar el pan es el resultado de que Ud. varias veces cuando él fué a comprar el pan, le agradeció o le dió un beso.

3.- Conductas deseables e indeseables.

Las conductas deseables es todo aquello que hace el niño que nos gusta, que no nos da dificultades.

Las conductas indeseables son todas las conductas que hace el niño que nos molestan y nos crean dificultades.

II. LA OBSERVACION DE LA CONDUCTA

¿Cómo deben observar los padres a sus hijos ?

1.- Observar: Para hacerlo es necesario disponer de un poco de tiempo para mirar lo que hace el niño.

Para poder observar basta el tiempo que Ud. pasa con su niño.

A veces es necesario cuando se observa hacerlo todo el tiempo que Ud. pasa con el niño. También puede observar lo que hace el niño (sus conductas), por ejemplo, durante 15 minutos diarios o se puede observar durante el día nada más que las conductas indeseables.

Observar: es prestar atención a lo que hace el niño durante ratos cortos por varios días.

Es importante hacer eso con naturalidad, como se es siempre con el niño, o sea, que el niño no se dé cuenta que Ud. lo está mirando u observando.

2.- Observación de las consecuencias.

Es importante observar o mirar qué pasa con las otras personas que están con el niño cada vez que él hace algo (una conducta). Si Ud. presta atención a lo que pasa con los demás después que

el niño hace algo, estará observando las consecuencias de la conducta del niño.

Por ejemplo: El niño pelea con un hermano y están presentes en ese momento, Ud., el papá y los hermanos y Ud. debe observar entonces, qué hacen el papá, los hermanos y Ud. después que el niño empieza a pelear.

Hay una manera sencilla para observar. Se trata de prestar atención durante ciertos días de la semana a algunas cosas que hace el niño (algunas de las conductas del niño).

Por ejemplo: Si a Ud. le interesa saber si su hijo se ha portado desobediente, Ud. puede fijarse o prestar atención u observar a su niño cada vez que Ud. u otras personas le piden u ordenan algo al niño.

Al final del día Ud. decide, entonces, si su niño se ha portado obediente, sólo un poco desobediente o ha estado muy desobediente en ese día.

Ud. puede anotar cómo ha sido la conducta de su niño durante ese día en un papel o tarjeta.

Además, Ud. debe anotar qué le pidieron u ordenaron al niño.

También debe fijarse y anotar cómo reaccionaron Ud. y las otras personas que estaban presentes cuando el niño desobedeció (observación de las consecuencias de la conducta de desobediencia del niño).

Esta manera de observar la conducta sirve también para ir viendo los progresos de su niño con el tratamiento.

III. ¿ QUE ES UN REFUERZO ?

1.- Para que el niño aprenda a comportarse como queremos, es muy importante premiarlo, recompensarlo.

El premiar, el recompensar le llamaremos refuerzo positivo. Los padres conocen muy bien los premios, las recompensas o el re fuerzo positivo, pero muy pocas veces lo usan.

Ejemplos: Orden: Si su niño ordena sus juguetes, ropa, útiles, después que termina de jugar, desvestirse o hacer las tareas y Ud, lo premia dándole un beso, acariciándolo o simplemente diciéndole lo bien que lo ha hecho, entonces, Ud. le estará dando un refuerzo positivo o recompensándolo o premiándolo.

Obediencia: Si Ud. manda a su niño a comprar pan y él va sin ponerle problemas y Ud. lo premia o recompensa dándole el vuelto, entonces Ud. lo estará reforzando positivamente o dándole un refuerzo positivo.

2.- En general, todo lo que a un niño le gusta o agrada puede usarse como refuerzo positivo.

3.- El hecho de que se entregue un premio o refuerzo positivo inmediatamente después de una conducta permite que ésta conducta se repita muchas veces más en el futuro, y por último que el niño la use habitualmente.

Ejemplo: Si su niño se porta ordenado u obediente y Ud. lo premia con algo que le gusta (dulces, lo lleva a pasear, o le da permiso para ver T.V., o le deja salir) al tiro después que él se porte así, entonces Ud. está ayudando a que el niño sea obediente y ordenado en el futuro.

4.- Mientras más veces se refuerza la conducta hay más posibilidades de que ella se vuelva a repetir. Entonces, es necesario que

se premie muchas veces al niño cuando se porta bien.

Ejemplo: Si Ud. premia a su niño cada vez que se porta ordenado y obediente, mientras más veces lo premia o refuerza, más obediente y ordenado va a ser.

5.- Es muy difícil reforzar o premiar al niño cada vez que se porta como Ud. quiere, porque es difícil acordarse de hacerlo. Aunque esto es difícil hay que tratar de hacerlo siempre, si se quiere que el niño aprenda a portarse bien.

6.- Si nos olvidamos de premiar o reforzar una conducta después que el niño ha aprendido, es muy posible que la conducta se debilite, o sea, que el niño la haga cada vez menos o deje de hacerla en el futuro.

Ejemplo: Una vez que su niño se ha empezado a portar ordenado y obediente, si Ud. no lo sigue premiando o se olvida de reforzarlo, el niño dejará de ser ordenado y obediente en el futuro.

7.- A veces hacemos justamente lo contrario; sin querer reforzamos o ayudamos a mantener muchas conductas que no nos gusta que los niños hagan. Hay ocasiones en que es difícil no reforzar o no premiar las conductas indeseables.

Ejemplos: La madre está apurada y le da una orden a su hijo: que se vista y arregle porque tiene que llevarlo al Doctor, y ya es la hora. Como el niño no se viste solo, la madre le ayuda a vestirse. En este caso, la madre está reforzando o premiando el hecho de desobedecer la orden de vestirse solo, al atenderlo y ayudarlo.

El niño le pide plata a la mamá para comprarse algo (dulces, un volantín, etc.). La madre le dice que no tiene plata. El niño empieza a lloriquear y le vuelve a pedir plata. La mamá le da en el gusto para que deje de molestarla. Lo que está haciendo la madre

es premiar o reforzar el lloriqueo del niño. En este caso, lo que de bemos hacer es no darle en el gusto cuando el niño pide algo lloriqueando. Aquí se estaría debilitando o tratando de eliminar una con ducta que no queremos que el niño haga.

8.- Cuando el niño se porta mal, por ejemplo, cuando llora, se ensucia, desordena los juguetes, no obedece y es peleador, corriente mente los padres le pegan palmadas. Esto podría servir por un rato, pero no ayuda a que cuando pase algo parecido de nuevo, el niño no vuelva a portarse mal.

Es mejor no darle refuerzo o premio cuando llora, se ensucia, desordena y no obedece porque así es más posible que el niño no vuelva a hacerlo en el futuro.

Ejemplo: Cuando el niño no obedece cuando Ud. le pide traer algo, si Ud. le da una palmada puede que el niño le obedezca en ese momento, pero esto no asegura que cuando Ud. le vuelva a pedir algo el niño le obedezca inmediatamente.

Sería mucho mejor para que obedezca en el futuro, no decirle nada cuando desobedezca, pero cada vez que obedece premiarlo.

9.- Cuando el niño se porta mal, es mejor que los padres solamente presten atención a lo que el niño hace bien, o sea, prestarle atención o reforzar o premiar al niño cuando él obedece una orden.

Ejemplos:

Conductas Indeseables

No reforzar: no dar atención

Pelear con hermanos

Desorden

Desobediencia

Inquietud

Llorón

Conductas Deseables

Refuerzo positivo: atención
cariño, alabanzas, etc.

No pelear

Ser ordenado

Ser obediente.

Estar tranquilo

Sin llorar.

10.- Recordemos que si no se refuerza al niño cada vez que se porta como queremos, la conducta se va a ir debilitando o presentándose se cada vez menos. Esto pasa tanto con las conductas deseables como con las indeseables.

IV. "COMO UTILIZAR UN REFUERZO"

Para que los refuerzos o premios sirvan mejor es necesario entregarlos al tiro después que el niño hace algo bien. Mientras más inmediato sea el refuerzo o premio, hay más posibilidades de que el niño vuelva a hacer la conducta deseable; o sea, es mejor entregarle el premio unos segundos después que el niño haga algo bueno.

Podemos enseñarle al niño que haga cosas sencillas; como lavarse la cara, ordenar su ropa, o que obedezca cuando se le manda a buscar algo. Pero también se le pueden enseñar cosas más complicadas como es el hecho de ser un niño más tranquilo, pelear menos con los hermanos, hacer las tareas, etc.

Cuando se le empieza a enseñar algo al niño es importante reforzarlo siempre que él haga lo que le estamos enseñando.

Para enseñar cosas complicadas conviene dividir la conducta completa a enseñar en pequeñas partes o etapas, desde lo que es más fácil para el niño hasta lo más difícil o complicado, que es la conducta completa a enseñar.

Ejemplo: Si queremos enseñar al niño a "hacer las tareas", deberemos dividir el "hacer las tareas", en pequeñas partes; como por ejemplo, que primero el niño converse con Ud. sobre el colegio y las tareas. Ud. al interesarse en sus cosas lo está reforzando a que él se interese en las cosas del colegio. Después convendría

enseñarle a estudiar en la casa, primero por un corto período y después por un rato más largo. Hay que recordar que siempre tenemos que premiarlo o reforzarlo cada vez que se consiga que el niño estudie por un rato y así hasta llegar a que lo haga cada vez por un rato más largo. Entonces, el niño va a poder lograr la conducta "hacer las tareas".

Cuando se trata de enseñar cosas complicadas no se le puede exigir al niño que las haga completamente bien o perfectas la primera vez. Por eso, al principio se le debe premiar de todas maneras y se le va exigiendo que cada vez lo haga mejor.

Ejemplo: No podemos esperar que la primera vez que un niño intenta hacer sus tareas permanezca sentado mucho rato, las haga sin borrones, perfectas. Lo más probable es que no las termine, no estén muy limpias o sean imperfectas. Pero a pesar de esto no debemos ridiculizarlo; al contrario, debemos premiarlo o gratificarlo por lo que está haciendo, aunque no sea perfecto. A medida que el niño va progresando, Ud. puede hacer participar al resto de la familia haciendo comentarios favorables delante de ellos acerca de lo bien que lo está haciendo el niño.

Si Ud. está cansada o nerviosa o bien muy ocupada en los quehaceres de la casa, puede que se olvide de premiar las cosas buenas del niño o lo que Ud. le está enseñando. A veces también Ud. lo castiga cuando las hace. Recuerde que es muy importante que el niño sepa que las cosas buenas que hace serán siempre premiadas y nunca castigadas.

V. "REFUERZOS SOCIALES Y NO SOCIALES"

Ya hemos visto que el refuerzo positivo es dar al niño alimentos (postres, dulces, comidas que le gusten), plata, demostrarle cariño, atenderlo después que él ha hecho algo (una conducta) que que remos enseñarle.

Los premios o refuerzos son de 2 tipos:

- REFUERZOS SOCIALES: Aquellas cosas que decimos o hacemos al niño; como atenderlo, hacerle cariño en la cabeza, darle un beso, sonreír le, palmaditas en el hombro, etc.
- REFUERZOS NO SOCIALES: Aquellas cosas que le damos al niño; comida que le guste, dulces, plata, juguetes, etc.

Ejemplo: Cuando el niño le cuenta a Ud. algo que le ha pasado con sus amigos y Ud. lo mira, le mueve la cabeza y le sonríe mientras él habla, le está premiando con un refuerzo social. Es probable que más adelante el niño le siga contando sus cosas porque Ud. lo ha reforzado con su atención. En cambio, si Ud. se pone a mirar por la ventana cuando el niño le cuenta algo, no lo estará reforzando y es probable que más adelante no le vuelva a contar nada.

Frente a conductas como obedecer, ser ordenado, estarse quieto, Ud. no debe olvidarse de premiarlas, por ejemplo, diciendo al niño: "muy bien", dándole un beso, etc. Con esto Ud. estará dándole un refuerzo social.

Generalmente, cuando se comienza a enseñar una conducta al niño se le entregan refuerzos no sociales, para interesarlo más. Por ejemplo, dulces. Luego se cambian esos premios por refuerzo social. Por ejemplo: "muy bien", sonreírle, hacerle cariño, etc.

VI. "EL CASTIGO"

El castigo lo usamos muy seguido cuando los niños se portan mal. Castigar a un niño es hacerle algo desagradable o doloroso cuando él se porta en forma opuesta a lo que queremos.

Ejemplo: Gritarle o pegarle cuando el niño está entrando y saliendo de la casa a cada rato; o cuando no obedece; o cuando pelea con el hermano.

Con el castigo queremos conseguir que el niño no haga más algo que nos molesta o no queremos.

El castigo no es una forma buena de enseñar al niño, porque sirve nada más que para el rato que uno castiga al niño y además puede hacer que el niño empiece a tenerle miedo a la persona que lo castiga. Incluso, puede llegar a ser un niño miedoso con toda la gente.

En cambio, puede resultar mucho mejor tratar de debilitar o disminuir o hacer desaparecer las conductas que nos molestan, ignorándolas; y al mismo tiempo tratar de fortalecer o hacer que se den más aquellas conductas opuestas a las que ignoramos o conductas incompatibles. Dos conductas son incompatibles cuando no se pueden hacer al mismo tiempo. Por ejemplo, pelear, jugar tranquilo con otros niños; estar inquieto y hacer las tareas sentado en una mesa; obedecer cuando Ud. le ordena algo y desobedecer al mismo tiempo.

Un ejemplo de la manera de hacer que el niño haga menos cosas que nos molestan, sin castigarlo es el caso del niño que siendo muy peleador, Ud. ignora o no atiende a las peleas y al mismo tiempo lo premia cuando el niño hace algo incompatible con el hecho de pelear; como jugar tranquilo, ser cooperador con otros niños, compartir sus juguetes con los amigos, etc. De esta manera Ud. está fortaleciendo la conducta incompatible con la de pelear.

A P E N D I C E N º 4

TARJETA DE OBSERVACION Y REGISTRO DE CONDUCTAS

CONDUCTAS DIAS DE OB- SERVACION
	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado
	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado
	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado	- Ha estado <u>muy</u> - Ha estado <u>poco</u> - <u>No</u> ha estado

Niño:

Esta tarjeta-modelo corresponde a la observación y registro de las conductas-meta-Desobediencia, Desorden, Agresividad y de las conductas no-manipuladas directamente -Hiperquinesia, Impulsividad, Intolerancia a la frustración- las que fueron verbalizados a las madres en términos de "desobediente", "desordenado", "pelegador", "Inquieto", "apurón-atolondrado", "gritón-llorón", "gritón-llorón", respectivamente.

A P E N D I C E . N º 5

EVALUACION DEL TEXTO ADAPTADO DE

PATTERSON Y COLABORADORES

EVALUACION FINAL

El objetivo principal de este curso ha sido presentarles una explicación científica de las conductas de sus hijos y con ésto poder llegar a modificarlas.

- 1.- Lea cuidadosamente cada una de las preguntas de este cuestionario.
- 2.- Cada pregunta tiene 4 respuestas posibles, de las cuales una sola es la correcta.
- 3.- Elija de las 4 alternativas, la que le parezca más verdadera.
- 4.- Haga una cruz frente a la alternativa que Ud. haya elegido.
- 5.- Muchas gracias y suerte.

--- * ---

EVALUACION

- 1.- Cuando su niño se peina, corre, juega con sus amigos, pelea con los hermanos, está inquieto, está haciendo algo que podríamos llamar.....
- a) Conducta ✓
 - b) Estudiar
 - c) Obedecer
 - d) Bueno
- 2.- Si Ud. se fija en lo que su niño hace durante el día, estará...
- a) Interrogando
 - b) Cambiando
 - c) Observando ✓
 - d) Ayudando.
- 3.- A Juanito le gustan los dulces. Si Ud. le regala un dulce cuando hace sus tareas, Ud. le está dando:
- a) Un juguete
 - b) Una alabanza
 - c) Refuerzo positivo ✓
 - d) Castigo
- 4.- Para enseñar una conducta conviene que la mamá refuerce al niño cuando hace la conducta deseable:
- a) Una hora antes
 - b) Una hora después
 - c) Al tiro después ✓
 - d) En la noche cuando llegue el papá.
- 5.- Sonreír, prestar atención, regalinear, dar besos, etc. son:
- a) Conductas
 - b) Refuerzos sociales ✓

- c) Dulces
- d) Refuerzos no - sociales

6.- Si Juanito desordena su pieza y Ud. le pega, entonces:

- a) Juanito no lo hará nunca más
- b) Lo volverá a hacer en otra oportunidad. ✓
- c) Se pondrá a llorar
- d) A Ud. le dará pena

7.- El ser desobediente es una conducta:

- a) Indeseable ✓
- b) Normal
- c) Agradable
- d) Heredada

8.- Casi todas las conductas que realizamos a diario no vienen con nosotros al nacer sino que las aprendemos. Por ejemplo la desobediencia de un niño es, sin duda, una conducta:

- a) Temperamental
- b) Heredada
- c) Aprendida ✓
- d) Mala

9.- Cuando el niño se porta de una manera que nos gusta y que no nos da problema, está realizando una conducta:

- a) Indeseable
- b) Mala
- c) Incompatible
- d) Deseable ✓

10.- Ud. cree que un niño que es peleador: :

- a) No tiene arreglo
 - b) Habría que pegarle para que pueda cambiar
 - c) Sería bueno aislarlo por unos minutos y dejarlo solo
 - d) No darle atención cuando se porta bien
- } ?

11.- El premiar, el halagar, el alentar, el recompensar es:

- a) Castigo
- b) Regalo
- c) Refuerzo positivo ✓
- d) Es una orden

12.- Si su niño se porta mal y Ud. le hace algo desagradable o doloroso para él, lo que Ud. está haciendo es:

- a) Refuerzo
- b) Conducta
- c) Malo
- d) Castigo ✓

13.- Si su niño que es muy peleador, empieza a jugar tranquilo con sus hermanos y Ud. no lo refuerza, Ud. cree que:

- a) Seguirá jugando tranquilo
- b) Dejará de jugar tranquilo y volverá a pelear ✓
- c) No peleará nunca más
- d) Se aburrirá

14.- Cuando el niño se porta mal, lo mejor es:

- a) Castigarlo
- b) Reforzarlo
- c) No prestarle atención ✓
- d) Gritarle

15.- Las conductas o reacciones de las personas que están con el niño cuando él hace algo las llamamos:

- a) Ambiente ✓
- b) Conducta
- c) Consecuencia de la conducta del niño ✓
- d) Imitación

16.- Si Juanita se ensucia y se revuelca en la tierra y todos se ríen celebrándole esta conducta, Ud. cree que:

- a) Seguirá ensuciándose y revolcándose en la tierra ✓
- b) No lo hará nunca más
- c) Se enojará con todos
- d) Se irá

17.- Si una mamá castiga muy seguido a su hijo, el niño aprenderá a ser:

- a) Obediente
- b) Cariñoso
- c) Temeroso ✓
- d) Respetuoso

18.- La comida, el dinero, los juguetes, los dulces, etc. son:

- a) Refuerzos sociales
- b) Retos
- c) Refuerzos no sociales ✓
- d) Conductas

19.- Si su niño se porta bien, para que siga siendo un niño bueno Ud. debe:

- a) Ignorarlo
- b) Reforzarlo cada vez que se porte bien ✓
- c) Alabarlo cuando Ud. esté de buenas
- d) Reforzarlo solo una vez al día

20.- Si queremos enseñar al niño a hacer algo difícil, debemos:

- a) Exigirle que lo haga bien al tiro
- b) Retarlo si no lo hace bien
- c) Exigirle de a poco ✓
- d) Dejarlo que lo aprenda solo

21.- Juanito ve que su hermano mayor le tira piedras a los pajaritos y él empieza a hacer lo mismo. Lo que Juanito hace es:

- a) Malo
- b) Imitar la conducta del hermano ✓
- c) Enseñar
- d) Entretenido

22.- Si Ud. se preocupa que su niño la vea ordenando las cosas de la casa, él aprenderá a ser:

- a) Desordenado
- b) Indiferente
- c) Ordenado ✓
- d) Flojo

A P E N D I C E N º 6

REGISTROS INDIVIDUALES Y GRUPALES PARA LAS CONDUCTAS-META
Y NO MANIPULADAS DIRECTAMENTE, DURANTE LA LINEA BASE Y LAS
ETAPAS EXPERIMENTALES.

REGISTROS INDIVIDUALES PARA LAS CONDUCTAS-META, DURANTE LA
LINEA BASE Y LAS ETAPAS EXPERIMENTALES

L.B. y etapas experimentales.		Niños	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Indice Grupal
D e s o b e d i e n c i a	L. B.		2	2	2	2	-	2	2	2	2	2	2
	Primer Control		1	0	1	0	-	1	1	2	1	0	1
	Ultimo Control		1	0	0	0	-	0	0	0	1	0	0
	Post-Tratamiento		1	0	1	1	-	1	0	0	0	0	0
D e s o r d e	L. B.		2	2	2	2	-	2	2	2	2	2	2
	Primer Control		1	0	1	0	-	1	1	1	1	1	1
	Ultimo Control		1	0	0	0	-	0	0	0	1	1	0
	Post-Tratamiento		1	0	1	1	-	1	0	0	1	1	1
A g r e s i v i d a d	L. B.		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Primer Control		2	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1
	Ultimo Control		1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	Post-Tratamiento		2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0

REGISTROS INDIVIDUALES PARA LAS CONDUCTAS NO MANIPULADAS
DIRECTAMENTE, DURANTE LA LINEA BASE Y LAS ETAPAS EXPERI-
MENTALES

L. B. y etapas experimentales		Niños	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Indice Grupal
I n q u i e t u d	L. B.		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Primer Control		2	0	2	1	0	1	1	0	1	1	1
	Ultimo Control		1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
	Post-Tratamiento		1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1
I m p u l s i v i d a d	L. B.		2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
	Primer Control		2	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0
	Ultimo Control		1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
	Post-Tratamiento		0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0
I n t o l e r a n c i a	L. B.		2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2
	Primer Control		1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0
	Ultimo Control		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Post-Tratamiento		0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0

REGISTROS GRUPALES PARA LAS CONDUCTAS-META, DURANTE LA LINEA
BASE Y LAS ETAPAS EXPERIMENTALES

Conductas meta L.B. y etapas experimen tales.	Desobediencia N=9	Desorden N=9	Agresividad N=10
L. B.	2	2	2
Primer Control	1	1	1
Ultimo Control	0	0	0
Post-tratamiento	0	1	0

REGISTROS GRUPALES PARA LAS CONDUCTAS NO MANIPULADAS DIRECTA-
MENTE, DURANTE LA LINEA BASE Y LAS ETAPAS EXPERIMENTALES

Conductas no manipuladas directamen te. L.B. y eta pas ex perimen tales.	Inquietud N=10	Impulsividad N=10	Intolerancia a la Frustracion N=10
L. B.	2	2	2
Primer Control	1	0	0
Ultimo Control	1	0	0
Post-tratamiento	1	0	0

B I B L I O G R A F I A

- Allen, K.E.; Harris, F.R. "Elimination of a child's excessive scratching by training the mother in reinforcement procedures". Behavior Research and Therapy. Vol. 4 : 79 - 84, 1971.
- Ayllon, T. and Azrin, N. "Token Economy: A motivational system for therapy and rehabilitation". Appleton Century Crofts, 1968.
- Baer, D.M.; Wolf,; Rinsley, R.T. "Some current dimensions of applied behavior". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 1 : 91 - 97; 1968.
- Bandura, A.P. "Principles of Behavior Modification". New York - Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Bandura, A. and Walters R.H. "Social learning and personality development". Holt, Rinehart and Winston. Inc. New York, 1963.
- Beck, S; Harry, Lam; L. Robert. "Use of the WISC in predicting organicity". Journal of Clinical Psychology, Vol. 11 : 154 - 158, 1955.
- Berkowitz, B.P. and Graziano, A.M. "Training parents as behavior therapists: a review". Behavior Research and Therapy. Vol. 10 : 297 - 317, 1972.
- Bernal, M.E. "Behavioral feedback in the modification of brat behaviors". Journal of Nervous and Mental Disease. 148, 375 - 385, 1969.
- Bijou, W. Sidney; Baer M. Donald. "Psicología del desarrollo Infantil". Teoría empírica y sistemática de la conducta". Editorial Trillas, México, 1971.
- Bravo, Luis. "Trastornos del desarrollo psicológico en niños con daño cerebral mínimo". Revista Chilena de Pediatría, Nº 39, 369 - 380, 1968.
- Bravo V., Luis. "Trastornos del aprendizaje y de la conducta escolar.

- Psicopatología de la Disfunción Cerebral Mínima". Ediciones Nueva Universidad. U. Católica de Chile, 1973.
- Cautela, J.R. "Behavior Therapy: Appraisal and status". New York, The Graw Hill, 1969.
 - Clements, Sam. "The child with Minimal Brain Dysfunction: A multidisciplinary catalyst". Minnesota Medical. 49 : 1589 - 1596, 1966.
 - Clements D. Sam; Peters E. John. "Minimal Brain Dysfunction in the schoolage child". Archives of General Psychiatry. Vol. 6, Mar. 1962.
 - Cook, Harold; Single, Sandra. "Cooperative behavior in children". Psychological Bulletin. Vol. 81; Nº 12, 918 - 933, 1974.
 - Christophersen R., E; Arnold, M.C.; Hill, W.D.; Quilitch, H.R. "The home point system: Token reinforcement procedures for application by parents of children with behavior problems". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 5, 485 - 497, 1972.
 - Dixon, V.; Fernández, A.; Risnik, F. "Comportamiento de un grupo de niños con D.C.M. con un síndrome piramidal mínimo en una batería de pruebas". Memoria. Dpto. de Psicología. U. de Chile, 1972.
 - Engehn, R.; Knuston, John; Langhy, L; Garlington, W. "Behavior modification techniques applied to a family unit - A case study". Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol. 9, 245 - 252, 1968.
 - Finkelstein, B.T.; Montecinos P., Luis; Reid P. Rubén y otros. "Los padres como agentes terapéuticos de sus hijos. Teoría y manual de entrenamiento". Tesis para optar al título de psicólogo. U.C. de Chile, Santiago, Chile, 1973.
 - Gardner, J.E.; Pearson, D.T.; Bercovici, A.N. and Bricker, D.E. "Measurement, evaluation and modification of selected social interactions between a schizoprenic child, his parents and his therapist."

- Journal of Consulting and Clinical Psychology. 32 : 537 - 542, 1968.
- Gelfand, D.M. and Hartman, D.P. "Behavior therapy with children: a review and evaluation of research methodology". Psychological Bulletin. 69 : 204 - 215, 1966.
 - Gómez, M.R. "Minimal Cerebral Dysfunction (Maximal neurologic confusion)". Clinical Pediatrics. 6 : 589 - 591, Oct. 1967.
 - Guernsey C.; Bernard, J. "Psychotherapeutic agents: new roles for non professionals, parents and teachers." Holt, Rinehart and Winston, Inc. New York, Chicago, San Fco. etc. Copyright, 1969.
 - Hall, R.V.; Broden, M. "Behavior changes in brain - injured children through social reinforcement". Journal of Experimental Child Psychiatry. 5 : 463 - 479, 1967.
 - Hall, R.V.; Axebrod, S.T. y otros. "Modification of behavior problems in the home with parents as observer and experimenter". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 3 : 53 - 63, 1972.
 - Hall, R.V.; Cristler, C.; Crauston, S.S. and Tucker, B. "Teachers and parents as researchers using multiple baseline designs". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 3 : 247 - 255, 1970.
 - Hawkins, R.P.; Peterson, R.F. Schweid, E. and Bijou, S.W. "Behavior therapy in the home: Amelioration of problem parent - child relations with the parent in a therapeutic role". Journal of Experimental Child Psychology. Vol. 4 : 99 - 107, 1966.
 - Herbert, M. "The concept and testing of brain - damage in children: a review". Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 5 : 197 - 216, 1964.
 - Herbert, W.E.; Baer, M.D. "Training parents as behaviors modifiers: self - recording of contingent attention". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 5 : 139 - 149, 1972.

- Herbert, W.E.; Pinkston, S.; Cordua, G. y Jackson, C; Hayden, L.M. "Adverse effects of differential parental attention". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol 6 : 15 - 30, 1973.
- Holland y Skinner. "Análisis de la Conducta". Ed. Trillas, 1970.
- Johnson, J.M. "Using parents as contingency managers". Reports. 28, 703 - 710, 1971.
- Johnson, M.S.; Brown, A.R. "Producing behavior change in parents of disturbed children". Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 10 : 107 - 121, 1969.
- Johnson, S.M. and Lobitz, G.K. "Parental manipulation of child behavior in home observations". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 7; Nº 1, 23 - 31, 1974.
- Kanfer, F.H. y Phillips, J.S. "Learning foundations of behavior therapy". J. Wiley and Sons, Inc. New York, 1970.
- Kardonsky, V. "Pauta de Observación". 1973 (sin publicar).
- Kimble, G.A. Hilgard y Marquis, "Condicionamiento y Aprendizaje". Editorial Trillas, 1972.
- Krassner, L. "The operant approach in behavior therapy". En "Handbook of Psychotherapy and Behavior change". Editado por Bergin y Garfield. N.Y. Willey, 1971.
- Mac Namara, M. "Helping children through their mothers". Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 4 : 29 - 46, 1963.
- Mathis, H.I. "Training a disturbed boy using the mother as therapist: a case study". Behavior therapy. Vol. 2 : 233 - 239, 1971.
- Miller, G. "Psychology". Penguin Books, 1962.
- Mira, M. "Case histories and shorter communications. Results of a behavior modification training program for parents and teachers". Behavior

- Research and Therapy. Vol. 8 : 309 - 311, 1970.
- O'Connor, R.D. "Relation efficacy of Modeling, Shaping and combined procedures for modification of social withdrawal". Journals of Abnormal Psychology. Vol. 79, 327 - 334, 1972.
 - O'Dell, Stan. "Training parents in behavior modification: a review". Psychological Bulletin. Vol. 81, Nº 7, July, 1974. pp. 418 - 433.
 - Olea, Ricardo. "D.C.M.". Revista Chilena de Pediatría. Vol. 41, 318 - 323, 1970.
 - Padilla y col. "Nuestra experiencia en D.C.M.". Revista Chilena de Pediatría. Vol. 41 : 511 - 519, 1970.
 - Paine, S. Richmond. "Syndromes of Minimal Cerebral Damage". Pediatric Clinics of North America. Vol. 15, Nº 3, August, 1968.
 - Paine, S. Richmond y col. "A study of Minimal Cerebral Dysfunction". Developmental Medicine and Child Neurology. Vol. 4, Nº 10, 1968.
 - Patterson, G.R.; Brodsky, G. "A behavior modification program for a child with multiple problem behaviours". Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 7 : 277 - 295, 1966.
 - Patterson, G.R.; Cobb, J.A.; Ray, R.S. "A social engineering technology for retraining the families of aggressive boys". En H.E. Adams and I.P. Unikel (Eds.) "Issues and trends in behavior therapy". Springfield, III: Charles C. Thomas, 1972.
 - Patterson, G.R.; Jones, R; Whittier, J; Wright, M.A. "A behavior modification techniques for a hyperactive child". Behavior Research and Therapy. Vol. 2 : 217 - 226, 1965.
 - Patterson, G.R.; Mc. Neal, N; Hawkins, N.; Phelps, R. "Reprograming the social enviroment". Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 8 : 181 - 195, 1967.

- Rachman, S. "Learning theory and child psychology therapeutic possibilities". Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 3# 149-163, 1962.
- Rebollo M.A. y otros. "Disfunción Cerebral Mínima". Neuropediatría Latinoamericana. Vol. 1, Nº 1. Publicaciones Médicas Americanas. B. Aires, 1972.
- Rojo, B.; Vargas, N. Rendimiento de un grupo de niños con D.C.M. asociada a un síndrome Extrapiramidal Mínimo en un grupo de pruebas psicológicas". Memoria, Depto. de Psicología, U. de Chile, 1973.
- Rose, S.D. "A behavioral approach to the group treatment of parents". Social Work, 14 : 12 - 29, 1969.
- Salzinger, K; Feldman, R.S.; Portnoy, S. "Training parents of brain-injured children in the use of operant conditioning procedures". Behavior Therapy. Vol. 1 : 4 - 32, 1970.
- Siegel, Sidney. "Diseño Experimental no - paramétrico". Editorial Trillas, 1970.
- Skinner, B.F. "The behavior of organisms". Macmillan. New Yor, 1939.
- Skinner, B.F. "Tecnología de la Enseñanza". Ed. Labor, 1970.
- Skinner, B.F. "Ciencia y conducta humana". Editorial Fontanella, Barcelona, 1974.
- Sloane, N. H.; Johnston, K.M.; Bijou, W. "Successive modification of an Aggressive behavior and aggressive fantasy play by management of contingencies". Journal of Child Psychology and Psychiatry. Vol. 8 : 217 - 226, 1967.
- Straughan, H. J. "Treatment with child and mother in the playroom". Behavior Research and Therapy. Vol. 2 : 37 - 41, 1964.
- Strauss A, Alfred y otros. "Psicopatología y educación del niño con

- lesión cerebral". Editorial Universitaria de Buenos Aires (EUDEBA),
- Tedeschi, T, James; Smith R. Bob; Brown C, Robert. "A reinterpretation of research on aggression". Psychological Bulletin, Vol. 81, Nº 9, 540 - 562, 1974.
 - Terdal, L. y Buell, J. "Parent education in managing retarded children with behavior deficits and inappropriate behaviors". Mental Retardation. 7, 10 - 13, 1969.
 - Tharp, R. G. and Wetzel, R. J. "Behavior modification in the natural environment". New York: Academic Press, 1969.
 - Toepfer, C; Reuter, J; Maurer, Ch. "Design and evaluation of an obedience training program for mothers of preschool children". Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 39; Nº 2; 194 - 198, 1972.
 - Ullman, L.P. and Krasner, L. "Cases studies in behavior modification". New York: Holt, Rinehart and Winston, 1965.
 - Wahler, R.G.; Winklenl, G. H; Peterson, R.F. and Morrison. "Mothers as behavior therapists for their own children". Behavior Research and Therapy. Vol. 3 : 113 - 124, 1965.
 - Werry, J. S. "Studies on the hyperactive child". Archive General Psychiatry Vol. 19 : 9 - 16, 1968 (Chicago).
 - Wetzel, R.J.; Baker, J.; Roney, M. and Martin, M. "outpatient threatment of autistic behavior". Behavior Research and Therapy. Vol. 4 : 169 - 177, 1966.
 - Williams, G. G. "The elimination of tantrum behavior by extinction procedures". Journal of Abnormal and Social Psychology. 59, 269, 1959.
 - Wolf, M.M.; Risley, T.; Mees, H. "Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child". Behavior Research and Therapy. Vol. 1 : 305 - 312, 1964.

- Wolf, M. M. Risley, T. y otros. "Application of operant conditioning procedures to the behavior problems of an autistic child: a follow - up and extension". Behavior Research and Therapy, Vol. 5: 103 - 111, 1967.
- Wolman, B.B. "Manual of Child Psychology". New York, Mc. Graw - Hill, 1972.
- Wook, H. H., Haldane, J. E. "Cerebral Dysfunction in children: a review". American Journal Disease Child. Vol. III : 573 - 580, 1966.
- Zazzo, R. "Manual para el examen psicológico del niño". Edit. Kapelusz, Buenos Aires, 1963.
- Zeilberger, J.; Sampen, E.S.; Sloane, N. Howard, J. "Modification of a Child's problem behaviors in the home with the mother as therapist". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 1 : 47 - 53, 1968.