



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE INTERVENCION CONDUCTUAL  
EN UN CASO DE RETRASO MENTAL

T E S I N A

PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
BEATRIZ MÉNDEZ JIMÉNEZ

JURADO DE EXAMÉN:

DIRECTORA: DRA. ANA MARIA ROSADO CASTILLO  
COMITÉ: MTRO. EDGAR PÉREZ ORTEGA  
MTRO. HECTOR MAGAÑA VARGAS  
MTRA. ALEJANDRA LUNA GARCIA  
MTRO. CLEMENTE BARRAGAN VELÁSQUEZ



MÉXICO. D.F.

ABRIL 2015



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*“Jehová cumplirá su propósito en mí; Tu misericordia, oh Jehová, es para siempre; No desampares la obra de tus manos.” Salmo 138:8*

*“Y esta es la confianza que tenemos en él, que si pedimos alguna cosa conforme a su voluntad, él nos oye. Y si sabemos que él nos oye en cualquier cosa que pidamos, sabemos que tenemos las peticiones que le hayamos hecho”. 1 Juan 5:14-15*

*“Si permaneciere la obra de alguno que sobreedifico, recibirá recompensa” 1era. Corintios 3:14*

## **AGRADEZCO**

*A Dios por darme la vida y permitirme concluir y continuar hoy y siempre.*

*A mis padres Ezequiel y Amada que con su paciencia, amor, cariño y respeto brindándome su respaldo y apoyo en cada momento de mi vida y hasta este tiempo.*

*A mi hijo, Luis Josué siendo él una de las peticiones cumplidas por Dios, y por darme su amor y cariño incondicional y tiempo para que yo concluyera este proyecto.*

*A mi esposo Luis que con su apoyo me impulso a darme el tiempo para concluir este proyecto.*

*A mis hermanos Ezequiel, Juan Carlos y Ana Cecilia por darme la fortaleza de creer en mí, crecer y continuar en cada instante de mi vida.*

*A mis Directivos, que confiaron y depositaron este proyecto derivado de la recomendación de (DRI).*

*A mis compañeros de trabajo por estar en el momento y tiempo justo de mi vida y de este proyecto.*

*A mis asesores y maestros Ana María, Clemente, Alejandra, Edgar, Héctor, por creer y confiar que si podía y brindarme su tiempo y estar hasta el final de este proyecto.*

*A mis maestros, de la Fes Zaragoza por compartir su enseñanza y darme de su tiempo.*

*A los que estuvieron directa e indirectamente en este proyecto porque con sus comentarios me dieron las herramientas y poder concluir y terminar este proyecto.*

*A JC. Por ser parte de este proyecto.*

## **GRACIAS.**

Índice	Página
Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1. La salud mental en México	11
1.1 Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”	19
1.2 Programa de Rehabilitación Psicosocial	21
Capítulo 2. Discapacidad Intelectual	26
2.1 Desarrollo histórico de la discapacidad intelectual	29
2.2 Niveles de discapacidad intelectual	31
Capítulo 3. Modificación de conducta en casos de Discapacidad Intelectual	47
3.1 Desarrollo histórico de la modificación de conducta	48
3.2 Características de la modificación de conducta	50
3.3 Técnicas Operantes para el Desarrollo de	56
3.4 Técnicas para la Reducción De Conductas	61
Capítulo 4. Intervención conductual en un caso de discapacidad Intelectual.	78
4.1 Antecedentes del caso	79
4.2 Programa De Modificación Conductual	85
4.2.1. Definición operacional de variables	86
4.2.2. Línea base	87
4.2.3. Diseño de intervención	87
4.2.4. Aplicación del Programa de Modificación de Conducta	89
Resultados	92

Discusión	97
Conclusiones	99
Bibliografía	100
Anexos	108

## Resumen

En este trabajo se da a conocer la importancia de los programas de intervención conductual en pacientes con retraso mental, describiendo un caso de retraso mental caracterizado por presentar conductas de autoagresión cuyas dificultades para el manejo y contención conductual, generaban que el paciente recibiera sujeción gentil, motivo de una observación de violación a sus derechos humanos por parte de organizaciones internacionales. Al implementar un programa de intervención conductual de manera oportuna, involucrando al equipo multidisciplinario, se disminuyó de manera significativa la presencia de conductas autoagresivas, dejando evidencia de como la modificación conductual es una alternativa para la contención conductual de pacientes con retraso mental de difícil control. Concluyendo que un seguimiento estructurado y continuo en los programas de modificación conductual es fundamental para lograr cambios conductuales en beneficio de los pacientes, disminuyendo el uso de técnicas aversivas como la sujeción gentil de ambas manos y regresando al paciente su dignidad y su derecho de ambulación libre en una institución psiquiátrica. Es importante tener los objetivos claros de las conductas a modificar, realizando y diseñando registros específicos e individuales, influyendo en el manejo y la atención por parte del personal hacia los pacientes en cada una de sus actividades brindándole seguridad, mejorando su calidad de vida, disminuyendo sus niveles de agresividad, siendo un trabajo personalizado terapeuta-paciente, logrando extinguir conductas disruptivas e implementar conductas adaptativas.

## Introducción

En el informe de 2001, sobre salud en el mundo. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas, la Organización Mundial de la Salud señaló que cerca de 450 millones de personas padecen algún tipo de trastorno mental, pero solo una pequeña parte de ellos recibe cuando menos un tratamiento elemental. Servicios de Salud (S.S. 2008) En muchos países, los trastornos mentales y del comportamiento no reciben los mismos apoyos para su atención, como en los casos de alteraciones en la salud física.

La salud mental es un fenómeno complejo multifactorial, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar dichos padecimientos. (Sandoval, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. (Escandón, 2000)

En el capítulo uno se realiza una revisión breve de la historia de la enfermedad mental en México, desde la época prehispánica, hasta la actualidad. Se destaca la manera que la atención hacia los enfermos mentales fue evolucionando desde épocas prehispánicas hasta la Nueva España en que la atención era brindada por congregaciones religiosas (Hipólitos, Juaninos), y como en 1910, durante el Porfiriato, se inaugura el Manicomio General de la



Ciudad de México “La Castañeda”, que se cierra después de 50 años de existencia. Durante el cierre del Manicomio de la Ciudad de México se creó una red de once hospitales a lo largo del país y en 1967 se realizó el traslado de sus internos agudos a hospitales para dar continuidad a las terapias farmacológicas y de los considerados crónicos a hospitales con la modalidad de “Granjas”. En esa época se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, y el Hospital Granja “Dr. Samuel Ramírez Moreno”. Este último para pacientes crónicos, varones adultos. Siendo este Hospital, una de las instituciones encargadas de enfrentar la demanda de atención de los problemas de salud mental en México. Finalmente se describe el modelo de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, y la importancia de implementar un programa específico de modificación conductual, a partir de una recomendación de *Disability Rights International en 2011*.

En el segundo capítulo se describen los estudios realizados sobre Retraso Mental y las modificaciones en la manera de conceptualizarlo que históricamente se han propuesto por diferentes instancias rectoras del estudio en esta materia, al respecto se comenta que los problemas de discapacidad intelectual se presentan de manera frecuente, es común que las personas que desarrollan un retraso mental, requieran estimulación temprana específica, así como entrenamientos para el desarrollo de habilidades. Las clasificaciones psiquiátricas, establecen diferentes tipos de retraso mental que van desde un nivel leve, moderado hasta un grado de retraso mental profundo, con habilidades específicas en cada uno de los casos. Paralelamente a los cambios en la

concepción del retraso mental, se va produciendo una evolución más optimista y positiva en el tratamiento del retraso mental. Para el año 2002, se hace una revisión a las definiciones previas sobre retraso mental y se propone una nueva definición, vigente a la fecha: Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson & cols., 2002, p. 8, citado en Verdugo 2002).

El tercer capítulo realiza un recorrido histórico de la modificación de conducta desde Pavlov pasando por Thorndike, Hull, Mowrer y Tolman, hasta Skinner, quien considera que la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales. Revisando las técnicas para implementación de conductas y para disminución de conductas. Las técnicas operantes se aplican con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes.

En el cuarto capítulo se narran los antecedentes del sujeto de estudio (J. C.), quien inicia su tratamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil en 1988, siendo en 2003, al cumplir la mayoría de edad, que ingresa al Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, durante su estancia en este último hospital, es que se presenta la exacerbación de conductas disruptivas (autoagresiones, llanto, etc.)

que son motivo de recomendaciones por parte de los Derechos Humanos Internacionales, y se decide realizar una intervención conductual personalizada. Se describen las características del programa de intervención conductual incluyen la definición operacional de las variables, la línea base, la intervención con modificación de conducta y los resultados de dicha intervención, con los que se logró eliminar la sujeción gentil y el uso de casco en el paciente.

Finalmente, se desarrolla el análisis de resultados, describiendo la línea base de registro de conductas objetivo, comparando los resultados de la implementación de un modelo de modificación de conducta.

Se concluye que la modificación de conducta es una intervención apropiada en el tratamiento de casos con retraso mental profundo, para generar conductas adaptativas en beneficio de una interacción social apropiada en los pacientes disruptivos.

## Capítulo 1. La salud mental en México

En este capítulo se realiza una revisión breve de la historia de la enfermedad mental en México, desde la época prehispánica, hasta la actualidad. Se destaca la manera como la atención hacia los enfermos mentales fue evolucionando desde épocas prehispánicas hasta la Nueva España en que la atención era brindada por congregaciones religiosas (Hipólitos, Juaninos).

Posteriormente en 1910, durante el Porfiriato, se inaugura el Manicomio de la Ciudad de México “La Castañeda”, siendo el máximo auge del manicomio en la década de 1960 a 1970, que es cuando se cierra el Manicomio General, después de 50 años de existencia. Durante el cierre del Manicomio de la Ciudad de México se creó una red de once hospitales a lo largo del país y en 1967 se realizó el traslado de sus internos agudos a hospitales para dar continuidad a las terapias farmacológicas y de los considerados crónicos a hospitales con la modalidad de “Granjas”. En esa época se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (el 24 de octubre de 1965), el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, y el Hospital Granja “Dr. Samuel Ramírez Moreno” (el 9 de mayo y el 28 de septiembre de 1967, respectivamente), entre otros. Este último para pacientes crónicos, varones adultos. Siendo este Hospital, una de las instituciones encargadas de enfrentar la demanda de atención de los problemas de salud mental en México, que como se reportó en 1994 ya existía una prevalencia de trastornos mentales entre el 15% y el 18% en la población general.

Uno de los aspectos que se cuestiona a los sistemas de atención en salud mental, es que sigue siendo un enfoque intrahospitalario con escasa proyección comunitaria. Finalmente se describe el modelo de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, y la importancia de implementar un programa específico de modificación conductual, a partir de una recomendación de Disability Rights International (DRI) en 2011.

La enfermedad mental ha existido desde épocas remotas, siendo parte de la historia de la humanidad. Durante siglos, predominantemente en Europa, los enfermos mentales eran encadenados, exhibidos en jaulas o incinerados porque se les consideraba embrujados. No obstante en México, concretamente en la época prehispánica, hay testimonios fidedignos en el sentido de que los antiguos mexicanos ya identificaban diversas patologías, como la depresión y epilepsia entre otras. Así, tanto en el Códice Martín Badiano (1552) como en el relato de Fray Bernardino de Sahagún, en su Historia General de las Cosas de la Nueva España (gracias a sus informantes indígenas), se puede observar una descripción detallada de la cultura autóctona que encontraron los españoles, después de la caída de la Gran Tenochtitlan, en 1521 (Calderón, 2002).

Desde la época colonial México se caracterizó por dar atención y cuidado a los enfermos mentales, que deambulaban por las calles como indigentes. El primer hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos fue el de San Hipólito, fundado en 1567 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera; el máximo prestigio de este hospital se alcanzó a finales del

siglo XVIII. Después los servicios a los enfermos mentales mermaron como consecuencia de la independencia mexicana. (Fajardo, 2003)

La obra pía de cuidar al enfermo mental no solamente fue ejercida por los Hermanos de la Caridad, a quienes se les conocía con el nombre de Hipólitos. Por ejemplo, mediante cédula fechada en 1602 se autorizó la llegada a la Nueva España de los hermanos de San Juan de Dios (los Juaninos) para ayudar al enfermo indigente y muy especialmente al enfermo mental. Esta orden se instaló en 1604, y estaba representada por solo cuatro miembros, cuyo superior era fray Juan de Zequeira. (Calderón, 2002).

El Hospital del Divino Salvador, también conocido como de la Canoa, porque estaba ubicado en una calle que llevaba este nombre, fue fundado por José Sayago, de oficio carpintero, quien en compañía de su esposa se dedicó a recoger a mujeres humildes y dementes que vagaban por las calles y a llevarlas a su casa, la cual se encontraba enfrente de la iglesia de Jesús María, para cuidarlas y darles alimentación. Al tener conocimiento de sus actividades, el arzobispo Francisco de Aguilar y Seijas los ayudó con el sustento para las enfermas y el pago de la casa, y propuso mudar el hospital a un local mayor, ubicado frente al colegio de San Gregorio, en donde permaneció hasta 1698, al morir el arzobispo, la congregación del Divino Salvador se hizo cargo de todas las actividades, y adquirió un edificio en la calle la Canoa y erigió ahí en el hospital en 1700. (Calderón, 2002).

El Manicomio de la Ciudad de México, fue inaugurado en 1910, por el presidente de la República Mexicana Porfirio Díaz, lo inaugura en terrenos de la Hacienda “La Castañeda”, en Mixcoac, el Manicomio General, que durante décadas prestó atención a los asilados; el tratamiento que se dio a enfermos mentales fue semejante al que se prestaba en otros países, ya que también se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable del avance de su enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono. En este Manicomio se tuvo la intención de mejorar la asistencia de los pacientes al considerarse que durante muchos años no habían recibido la atención adecuada, y eran atendidos en condiciones insalubres, descuidados y con falta de apoyo por parte del Estado y la sociedad en general. (Ramírez, 1950)

Un examen, somero, de la historia de la psiquiatría en México, pone de relieve varios hechos: uno, que hasta tiempos recientes se limitó a proveer custodia tras los muros de un asilo a personas severamente perturbadas; otro, que nuestras carencias y omisiones se han explicado, por una parte, por el rezago de la psiquiatría como ciencia, y por la necesidad de emplear los recursos de la salud pública en problemas más urgentes. Sin embargo, es necesario reconocer que el descuido de los enfermos mentales en nuestro medio ha reflejado ignorancia, temores y prejuicios de nuestra sociedad. (De la Fuente, 1989)

El momento de mayor auge en esta parte de la historia, en cuanto a la cantidad de trabajos publicados se localiza en las décadas de 1960 y 1970

cuando México vivió el cierre de un ciclo y el inicio de otro en materia de asistencia a los enfermos mentales, pues entre esos años el Estado creó una red de once hospitales a lo largo del país, con el fin de clausurar el viejo manicomio capitalino, conocido por el nombre de “La Castañeda”, que durante su larga existencia albergó a 60.000 pacientes, entre hombres, mujeres y niños. En 1967 se realizó el traslado de sus internos agudos a hospitales para dar continuidad a las terapias farmacológicas y de los considerados crónicos a hospitales con la modalidad de “Granjas”, basadas en la terapéutica por medio del trabajo. (Sacristán, 2005)

El primer programa institucional específico, para impulsar y orientar los servicios dirigidos a la atención de personas con padecimientos mentales, así como para promover la salud mental, fue esbozado y desarrollado en el período de 1947-1951, coordinado por el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia; su principal función fue crear las bases para la planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental, mismas que han tenido diversas orientaciones teórico-metodológicas con el transcurso de los años y con los criterios imperantes en las distintas etapas de la administración pública. Las actividades programáticas específicas se interrumpieron entre 1952 y 1958 para restablecerlas en 1959 en la SSA, coordinadas por la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, cuya conducción desplegó un conjunto de acciones que incluyeron: el establecimiento de higiene mental en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, especialmente de tipo granja.



A la primera granja siguieron en 1958 la del Estado de Jalisco (“La Esperanza”), la del Estado de Michoacán a las afueras de Morelia. Entre 1959 y 1964, tiempo durante el cual Manuel Velasco Suarez fue director de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se abrieron seis más repartidas entre los Estados de México y otras en Sonora, Oaxaca, Tabasco y el Distrito Federal. (Sacristán, 2010)

En 1964, abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde su inicio contó con un espacio con 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría con buen funcionamiento y aceptación, hasta que entre 1970 y 1971 por necesidades del servicio de cirugía, desaparecieron. En el período administrativo que abarca los años de 1964 a 1970, se reestructura la unidad central coordinadora de estos servicios y se denomina Dirección de Salud Mental, correspondiéndole como tarea sustantiva de su gestión coordinar el plan de acción conocido como “Operación Castañeda”; éste consistió en una reforma de la atención hospitalaria especializada bajo la dependencia de la SSA, por medio de la cual se cierra el manicomio de “La Castañeda” y se crean seis recintos hospitalarios especializados que tuvieron como principal objetivo mejorar las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación que les permitiera desarrollar, a través de actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia, diversas alternativas para su reintegración social.

En esa operación se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (el 24 de octubre de 1965), el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, y el Hospital Granja “Dr. Samuel Ramírez Moreno” (el 9 de mayo y el 28 de septiembre de 1967, respectivamente), entre otros. Este último para pacientes crónicos, varones adultos. También se definió un esquema de atención hospitalario especializado en esta materia, al interrelacionar a las distintas unidades creadas, con grupos de problemas y poblaciones específicas. El proceso fue culminado en 1968 y en conjunto las seis unidades dispusieron de 3,030 camas.

Los hospitales campestres modificaron el sistema de manicomio que durante más de 50 años había sido característico de las instancias de salud mental; gracias a este medio se abandonaron rejas, candados y control coercitivo. Los establecimientos nuevos deberían mantener sus puertas abiertas, para que en ellas el enfermo mental encontrara una nueva motivación para vivir en un ambiente terapéutico. En estos hospitales se dio especial importancia a la terapia ocupacional por medio de talleres, granjas, y huertas, lugares en los cuales el paciente pudiera volver a socializar, produciendo su propio entorno y los satisfactores básicos mediante su trabajo, de manera que aprendiera a construir una autoconcepción que le llevara a responsabilizarse de sí mismo y posteriormente de alguien más. Además se esperaba que la terapia recreativa fuera especialmente estimulada en estos modelos hospitalarios nuevos, con el fin de que el divertimento y el descanso fueran parte de la terapia psiquiátrica. (Calderón, 2002).

La salud mental es un fenómeno complejo multifactorial, que incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar dichos padecimientos. (Sandoval, 2007). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. (Escandón, 2000)

En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15% y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres, con 4.9% y 9.7%, respectivamente. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que, en nuestro país, para una población aproximada de 100 millones de personas, padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población. (Medina, 1994) (Ver en anexos cuadro 1)

De acuerdo con la Secretaría de Salud (S.S.), en México se cuenta con 33 unidades hospitalarias de psiquiatría y salud mental (S.S., 2008). Estima que de cada 100 personas con trastornos mentales severos solo 2.5% recibe la atención necesaria. (S.S. 2008) La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que el sistema de salud mental mexicano no representa un enfoque comunitario; el “pilar” del sistema es todavía de hospital psiquiátrico con las deficiencias observadas y su costo muy elevado. Casi toda la hospitalización y la mayoría de las actividades ambulatorias se ofrecen aun en el marco del hospital psiquiátrico, en lugar de en el hospital general o en la comunidad. (OPS, 2004)

#### 1.1. Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”

El Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno” cuenta ya con 47 años de existencia, con un número significativo de pacientes que a causa de la cronicidad de sus padecimientos y de su permanencia dentro de la institución; se encuentran, algunos de ellos, en una etapa de la vida conocida como vejez, otros más, en calidad de abandonados. El proceso de envejecimiento y el fenómeno de abandono del paciente dentro de la institución, es una derivación de las limitaciones en los modelos tradicionales de reinserción social del enfermo mental, de tal manera que el paciente mental crónico, no ha tenido la posibilidad de ser reintegrado en un sistema social convencional.

El Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, ha experimentado numerosos y profundos cambios. De un rol de funcionarios médicos y personal

de un hospital psiquiátrico de custodia, con tareas asignadas por la sociedad de protegerla de sus cargas, de prevenir huidas brindar seguridad, los psiquiatras y el personal de salud mental se han transformado paulatinamente en los miembros creativos de las unidades terapéuticas, con diversos esquemas incluyendo conceptos de comunidad terapéutica. Todo en un intento por entender y ayudar aquellos individuos puestos bajo su cuidado y así brindarles elementos que los ayudara a reencontrarse como sociedad como personas integras. Esto ha implicado muchos cambios de actitud, muchas incursiones en los terrenos de la rehabilitación biopsicosocial, la psiquiatría administrativa y el sistema de calidad total. (Gámez, 1997)

El Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, cuenta con 133 pacientes internados, distribuidos en las diferentes unidades terapéuticas tanto de larga estancia como de corta estancia, cuenta con un servicio de consulta externa, donde se brinda atención de prevención y control de la enfermedad mental a niños, adolescentes y adultos hombres y mujeres en las áreas de psiquiatría y psicología.

El Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, cuenta con 47 años de vida institucional, da atención a pacientes en fases agudas de enfermedad mental y a pacientes crónicos que se encuentran internados en la institución desde el cierre de “La Castañeda”. Las psicopatologías que presentan los pacientes de las áreas de hospitalización continua son variadas, Esquizofrenia (residual, indiferenciada, paranoide), Psicosis Orgánicas (secundarias a traumatismo craneoencefálico o abuso de sustancias),

Trastornos de Personalidad (de tipo obsesivo compulsivo, antisocial, paranoide, etc.), Epilepsia, Demencia, y Retraso Mental (leve, moderado, grave, profundo).

En 1996 se desarrolló un Programa de Rehabilitación Psicosocial por parte del Departamento de Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México (Salas. 1997), cuyos objetivos fueron:

- 1.- Habilitar al usuario en las actividades de la vida diaria
- 2.- Fomentar la participación del usuario en actividades socio-recreativas y actividades de psicomotricidad fina y gruesa.

Siendo este programa una de las muchas propuestas rehabilitadoras para lograr rescatar y adquirir habilidades sociales en los usuarios, además de proporcionarles una mejor calidad de vida, se concluyó que es importante crear programas de sensibilización a todo el personal que trabaja con este tipo de usuarios, con el objetivo de fomentar su participación y colaboración en el entrenamiento y mantenimiento de las habilidades adquiridas para una mejor calidad de vida en los usuarios.

## 1.2. Programa de Rehabilitación Psicosocial

El Programa de Rehabilitación Psicosocial vigente para el 2014 (Barragán, 2014) contribuye a la propuesta de Rehabilitación Psicosocial del Enfermo Mental Crónico, como fue plasmado en la Norma Oficial Mexicana NOM - 025 - SSA2 - 1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de

atención integral hospitalaria. Punto 4. Disposiciones Generales; 4.3 Las unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria Médico Psiquiátrica deben contar, según sea el caso y considerando sus características, con las instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios de acuerdo a lo siguiente: 4.3.1. Con episodio agudo. 4.3.2. De larga evolución. 4.3.3. Hombres. 4.3.4. Mujeres. 4.3.5. Niños. 4.3.6. Adolescentes. 4.3.7. Adultos. 4.3.8. Ancianos.

Las actividades que integran dicho programa de trabajo, se agrupan en 6 categorías, basadas en el Sistema de Información de Salud, Informe de Actividades de la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental y en el Catálogo Sectorial de Puestos emitidos por la Secretaría de Salud. Los ejes programáticos son los siguientes:

**Terapia Física:** La implementación de acciones rehabilitadoras con apoyo en medios mecánicos, de masaje y ejercicio físico que lo obligan a ejecutar, pasiva o activamente movimientos determinados. Incluye fisioterapia, hidroterapia, mecanoterapia, flexibilidad.

**Terapia De La Vida Cotidiana:** Se refiere a las actividades de Rehabilitación Psicosocial que involucran el re-aprendizaje o re-activación de actividades básicas de la vida diaria, que se han deteriorado en los pacientes mentales crónicos, como su aseo personal y el aseo de sus espacios de convivencia; incluye: hábitos higiénicos, hábitos alimenticios, limpieza de espacio físico.

Terapia De Socialización: Se refiere a las actividades de rehabilitación psicosocial que involucran el re-aprendizaje o reactivación de la interacción social, incluye:

- Socio recreativas, diversos juegos, convivios, deportes y paseos entre otros, con la finalidad de que el paciente pueda reinsertarse a la sociedad.
- Culturales, exposiciones, clases de pintura y visitas culturales entre otros.
- Musicoterapia, utiliza la música para la relajación del paciente con deficiencias mentales que ayuda a su rehabilitación.

Terapia Ocupacional: Plasmada en las sesiones de rehabilitación psicosocial, cuyo objetivo está dirigido a la reinserción socio laboral, dirigidas y supervisadas por el personal del servicio de rehabilitación psicosocial, de las unidades terapéuticas involucradas.

Terapia Alternativa: Se refiere a las actividades terapéuticas que se ejercen en beneficio de los pacientes del hospital, y que no están descritas en los rubros previos, pero que se lleven a cabo en las unidades terapéuticas involucradas.

Pacientes Que Concluyen Programa: Registro y control de los pacientes que logran superar, desarrollar, re-aprender o disminuir desventajas adquiridas a causa de su padecimiento mental, fortaleciendo los principales aspectos de su vida diaria, aumentando la posibilidad de una reinserción psicosocial con



mejores posibilidades de interacción funcional en los contextos cotidianos.  
(Barragán, 2014)

No obstante, la aplicación de diversos programas institucionales, enfocados a la rehabilitación psicosocial, y los abordajes terapéuticos implementados con los pacientes del hospital, se siguen haciendo recomendaciones por diversas instancias visitadoras. Una de las recomendaciones importantes, derivó de una visita en 2010 (publicado en 2011), de una representación de Derechos Humanos Internacionales de los Discapacitados (DRI, 2011), en la que se menciona:

En el Samuel Ramírez Moreno, encontramos un hombre con un casco fuertemente ceñido a su cabeza. Sus brazos estaban atados tras su espalda con las mangas de su camisa y sus manos estaban cubiertas por las mismas... el hombre no estaba recibiendo ningún tipo de terapia para modificar su comportamiento o un tratamiento menos restrictivo para reducir la necesidad de este tipo de sujeciones.(DRI, 2011, pág. 47)



Fotografía de Eugene Richards, Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, marzo 2010

A partir de dichas recomendaciones se implementó, en forma específica y personalizada un Programa de Modificación Conductual para disminuir la necesidad del uso de casco y de la sujeción gentil. Así como para implementar conductas adaptativas, disminuyendo comportamientos disruptivos (berrinches, llanto innecesario, arranques de auto-agresividad, etc.)

## Capítulo 2. Discapacidad Intelectual

Como se menciona en el capítulo anterior, en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, hay pacientes internados con el diagnóstico de Retraso Mental, uno de estos pacientes fue objeto de observaciones y recomendaciones por parte de la Comisión Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad y a partir de dicha recomendación se implementó un programa personalizado de modificación de conducta.

En este segundo capítulo se describen los estudios realizados sobre Retraso Mental y las modificaciones en la manera de conceptualizarlo que históricamente se han propuesto por diferentes instancias rectoras del estudio en esta materia, al respecto se comenta que los problemas de discapacidad intelectual se presentan de manera frecuente, es común que las personas que desarrollan un retraso mental, requieran estimulación temprana específica, así como entrenamientos para el desarrollo de habilidades.

Las clasificaciones psiquiátricas, establecen diferentes tipos de retraso mental que van desde un nivel leve, moderado hasta un grado de retraso mental profundo, con habilidades específicas en cada uno de los casos. El diagnóstico de Retraso Mental abarca algo más que la baja inteligencia, pues también requiere que haya un déficit en el funcionamiento adaptativo.

La definición de retraso mental abarca tres características: 1) Inteligencia por debajo de la media (por ejemplo, CI igual o inferior a 60; 2) Trastorno del

funcionamiento adaptativo (es decir, la eficacia de la persona para satisfacer las exigencias planteadas para su edad y su grupo cultural, en por lo menos dos de las áreas siguientes: comunicación, cuidado personal, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad) y 3) Comienzo en la niñez.

Los individuos afectados de Retraso Mental de Leve a Moderado, adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanza la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica. La mayoría llega a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal.

Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de sus déficits.

La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académico, entre ellas los trabajos manuales. En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto

grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas de matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura. En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los pacientes con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal que a los problemas específicos propios de los pacientes con retraso mental moderado o grave.

Verdugo (1994), describe tres momentos históricos en la definición del retraso mental: 1°. El retraso mental, descrito en términos de la incompetencia para satisfacer las demandas de la vida 2°. La falta de una habilidad cognitiva general lo que viene a reconocerse como una segunda tendencia histórica de la definición de retraso mental. Y 3°. La tercera tendencia provino de los médicos que fueron quienes primero se ocuparon de la evaluación del retraso mental, a través del análisis de su etiología. Asumían que la condición de retraso era causada por una patología orgánica pero fueron incapaces de localizar signos objetivos distintivos del retraso mental.

Paralelamente a los cambios en la concepción del retraso mental, se va produciendo una evolución más optimista y positiva en el tratamiento del retraso mental. En la actualidad son comunes las referencias a la normalización, desinstitucionalización, ambiente menos restrictivo, integración, inclusión,

calidad de vida, y conceptos similares. Para el año 2002, se hace una revisión a las definiciones previas sobre retraso mental y se propone una nueva definición, vigente a la fecha: Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson & cols., 2002, p. 8, citado en Verdugo 2002).

## 2.1 Desarrollo histórico de la discapacidad intelectual

El concepto de Discapacidad intelectual, generalmente hace referencia al retraso mental, es un término utilizado cuando una persona tiene dificultades para incorporar aprendizajes, afectando su nivel de funcionalidad cotidiano. La Discapacidad Intelectual alude a una condición bajo la cual el desarrollo mental no se completa o se detiene, puede estar asociada a otra enfermedad física o mental, altera áreas cognitivas (habilidades e inteligencia), las de lenguaje, las sociales y las motrices. La discapacidad intelectual tiene variaciones que contemplan niveles leves hasta niveles graves o severos.

Los problemas de discapacidad intelectual se presentan de manera frecuente, generalmente derivados de alteraciones de origen congénito, es común que las personas que desarrollan un retraso mental, requieran estimulación temprana específica, así como entrenamientos para el desarrollo de habilidades, mismo que está en función del nivel de retraso mental.

Históricamente se ha hecho referencia a dos formas de conceptualizar el estudio sobre la discapacidad intelectual. Una derivada de la concepción demonológica que presidió buena parte de las culturas ancestrales. En ellas, el mal, la miseria, la enfermedad y todo aquello que escapaba a la libertad humana tenía un origen profético, diabólico, mítico y que era atendida con magia, conjuros encantamiento. Otra, más científica y natural, planteó las deficiencias como patologías del organismo. Médicos-Filósofos como Hipócrates, Asclepiades, Galeno, Sorano, Celso, etc., padres de lo que más tarde se ha llamado naturalismo psiquiátrico. (Vergara, J. 2002)

Los modelos de atención a las personas con retraso mental, fueron de tipo asistencial en hospitales, asilos y casas de caridad, desde el siglo XVII al siglo XX, fue una época en que Aguado (1995), denominó “El Gran Encierro”.

D. Esquirol es uno de los primeros en diferenciar la “amencia” de la “demencia” y a establecer niveles de “imbecilidad” e “idiocia”. Mientras que a la enfermedad mental le atribuye Esquirol un estado de demencia, es decir, un estado temporal de pérdida de la función intelectual, al retraso mental le asocia un estado de amencia; estado en que la persona pierde la facultad de percibir de forma correcta las cosas y las relaciones entre ellas.

Verdugo (1994), describe tres momentos históricos en la definición del retraso mental:

1°. El retraso mental, descrito en términos de la *incompetencia para satisfacer las demandas de la vida* (Woodrich, 1986, citado en Verdugo,

1994). Inicialmente el concepto surge como una necesidad social, con el fin de proteger los derechos de propiedad de los ricos. Así, en 1324 se promulgó la ley "King's Act" en la que a los denominados "idiotas" se les consideraba incapaces de manejar sus propios negocios, por lo que sus propiedades pasaban inmediatamente a la corona. (p. 4)

2°. La falta de una habilidad cognitiva general lo que viene a reconocerse como una segunda tendencia histórica de la definición de retraso mental. (p. 4)

3°. La tercera tendencia provino de los médicos que fueron quienes primero se ocuparon de la evaluación del retraso mental, a través del análisis de su etiología. Asumían que la condición de retraso era causada por una patología orgánica pero fueron incapaces de localizar signos objetivos distintivos del retraso mental. (p. 4)

A partir del siglo XIX, se diferenció claramente de la demencia y de otras patologías, y hasta 1959, las propuestas de la Asociación Americana sobre personas con Deficiencia Mental (AAMD), marcarán la pauta de la concepción vigente más aceptada en medios científicos y profesionales. (Verdugo, 1994)

## 2.2 Niveles de discapacidad intelectual

Las clasificaciones psiquiátricas, establecen diferentes tipos de retraso mental que van desde un nivel leve, moderado hasta un grado de retraso mental profundo, con habilidades específicas en cada uno de los casos.



El retraso mental es un trastorno definido por la presencia de un desarrollo mental incompleto o detenido, caracterizado principalmente por el deterioro de las funciones concretas de cada época del desarrollo y que constituyen al nivel global de la inteligencia, tales como las funciones cognoscitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización. Puede acompañarse de cualquier otro trastorno somático o mental. Los afectados de un retraso mental pueden padecer todo el espectro de trastornos mentales y su prevalencia es al menos tres o cuatro veces mayor en esta población que en la población general. Además de esto, los individuos con retraso mental tienen un mayor riesgo de sufrir explotación o abusos físicos y sexuales. La adaptación al ambiente está siempre afectada, pero en un entorno social protegido, con el adecuado apoyo, puede no ser significativa en enfermos con un retraso mental leve. Puede recurrirse a un cuarto carácter para especificar el deterioro comportamental presente, siempre que no sea debido a un trastorno concomitante. Si la causa del retraso mental es conocida hay que señalarla.

La inteligencia no es una función unitaria, sino que ha de ser evaluada a partir de un gran número de capacidades más o menos específicas. Aunque la tendencia general es que esas capacidades más o menos específicas tengan en cada individuo un nivel de desarrollo equiparable, pueden presentarse discrepancias profundas, en especial en los casos en los que existe un retraso mental. Algunos enfermos pueden presentar déficit graves en una área concreta (por ejemplo, el lenguaje) o una capacidad mayor en un área particular (por ejemplo, en tareas viso-espaciales simples), a pesar de un retraso mental

profundo. Este hecho da lugar a problemas a la hora de determinar la categoría diagnóstica a la que pertenece la persona retrasada.

La determinación del grado del desarrollo del nivel intelectual debe basarse en toda la información disponible, incluyendo las manifestaciones clínicas, el comportamiento adaptativo propio al medio cultural del individuo y los hallazgos psicométricos. (CIE -10, OMS)

Para un diagnóstico definitivo debe estar presente un deterioro del rendimiento intelectual, que da lugar a una disminución de la capacidad de adaptarse a las exigencias cotidianas del entorno social normal. Los trastornos somáticos o mentales asociados tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el rendimiento. La categoría diagnóstica elegida debe, por tanto, basarse en la evaluación de la capacidad global, al margen de cualquier déficit de un área o de una capacidad concreta.

El cociente intelectual debe determinarse mediante la aplicación individual de test de inteligencia estandarizados y adaptados a la cultura del paciente. Las escalas de madurez social y de adaptación aportan una información suplementaria siempre y cuando estén adaptados a la cultura del paciente y pueden completarse con entrevistas a los padres o a las personas que cuidan a estos enfermos y que conocen la capacidad del enfermo para la actividad cotidiana.

Los individuos afectados de retardo mental leve adquieren tarde el lenguaje, pero la mayoría alcanza la capacidad de expresarse en la actividad cotidiana, de mantener una conversación y de ser abordados en una entrevista clínica.

La mayoría llega a alcanzar una independencia completa para el cuidado de su persona (comer, lavarse, vestirse, controlar los esfínteres), para actividades prácticas y para las propias de la vida doméstica, aunque el desarrollo tenga lugar de un modo considerablemente más lento de lo normal. Las mayores dificultades se presentan en las actividades escolares y muchos tienen problemas específicos en lectura y escritura. Sin embargo, las personas ligeramente retrasadas pueden beneficiarse de una educación diseñada de un modo específico para el desarrollo de los componentes de su inteligencia y para la compensación de su déficit.

La mayoría de los que se encuentran en los límites superiores del retraso mental leve pueden desempeñar trabajos que requieren aptitudes de tipo práctico, más que académico, entre ellas los trabajos manuales. En un contexto sociocultural en el que se ponga poco énfasis en los logros académicos, cierto grado de retraso leve puede no representar un problema en sí mismo. Sin embargo, si existe también una falta de madurez emocional o social notables, pueden presentarse consecuencias del déficit, por ejemplo, para hacer frente a las demandas de matrimonio o la educación de los hijos o dificultades para integrarse en las costumbres y expectativas de la propia cultura. (CIE – 10, OMS)

En general, las dificultades emocionales, sociales y del comportamiento de los pacientes con retraso mental leve, así como las necesidades terapéuticas y de soporte derivadas de ellos, están más próximas a las que necesitan las personas de inteligencia normal. El CI se encuentra en el rango de 50 a 69, la comprensión y el uso del lenguaje tienden a tener un retraso de grado diverso y se presentan problemas en la expresión del lenguaje que interfieren con la posibilidad de lograr una independencia, y que puedan persistir en la vida adulta. Solo en una minoría de los adultos afectados puede reconocerse una etiología orgánica.

Las personas con retraso mental moderado, presentan una lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje y alcanzan en este un dominio limitado. La adquisición de la capacidad de cuidado personal y de las funciones motrices también está retrasada, de tal manera que algunos necesitan una supervisión permanente. Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo.

Los programas educativos especiales pueden proporcionarles la oportunidad para desarrollar algunas de las funciones deficitarias y son adecuados para aquellos con un aprendizaje lento y con un rendimiento bajo. De adultos, las personas moderadamente retrasadas suelen ser capaces de realizar trabajos prácticos sencillos, si las tareas están cuidadosamente estructuradas y se les supervisa de un modo adecuado. Rara vez pueden conseguir una vida completamente independiente en la edad adulta.

Sin embargo, por lo general, estos pacientes son físicamente activos y tienen una total capacidad de movimientos. La mayoría de ellos alcanzan un desarrollo normal de su capacidad social para relacionarse con los demás y para participar en actividades sociales simples. El CI está comprendido entre 35 y 49. En este grupo lo más frecuente es que haya discrepancias entre los perfiles de rendimiento y así hay individuos con niveles más altos para tareas visoespaciales que para otras dependientes del lenguaje, mientras que otros son marcadamente torpes, pero son capaces de participar en relaciones sociales o conversaciones simples. El nivel de desarrollo del lenguaje es variable, desde la capacidad para tomar parte de una conversación sencilla hasta la adquisición de un lenguaje solo suficiente para sus necesidades prácticas. Algunos nunca aprenden a hacer uso del lenguaje, aunque pueden responder a instrucciones simples. Algunos aprenden a gesticular con las manos para compensar, hasta cierto grado, los problemas del habla.

En la mayoría de los que se incluyen en esta categoría puede reconocer una categoría orgánica. En una proporción pequeña pero significativa están presentes autismo infantil o trastornos del desarrollo, los cuales tienen una gran repercusión en el cuadro clínico y en el tipo de tratamiento necesario. También son frecuentes epilepsia, el déficit neurológico y las alteraciones somáticas, sobre todo en los retrasos mentales moderados, a pesar de los cuales la mayoría llegan a ser capaces de caminar sin ayuda.

En el retraso mental grave, tanto el cuadro clínico, como la etiología orgánica y la asociación con otros trastornos son similares a los del retraso

mental moderado, siendo lo más frecuente en este grupo unas adquisiciones de nivel más bajos que los mencionados en el retraso mental moderado. Muchas personas dentro de esta categoría padecen un grado marcado de déficit motor o de la presencia de otros déficits que indica la presencia de un daño o una anomalía del desarrollo del sistema nervioso central, de significación clínica. El CI está comprendido entre 20 y 34.

El retraso mental profundo se ubica con un cociente Intelectual inferior a 20, lo que significa en la práctica que los pacientes están totalmente incapacitados para comprender instrucciones o requerimientos o para actuar de acuerdo a ellas.

La mayoría tienen una movilidad muy restringida o totalmente inexistente, no controlan esfínteres y son capaces en el mejor de los casos solo de formas muy rudimentarias de comunicación no verbal. Poseen una muy limitada capacidad para cuidar sus necesidades básicas y requieren ayuda y supervisión constantes.

La comprensión y la expresión del lenguaje, se limitan, en el mejor de los casos, a la comprensión de órdenes básicas y a hacer peticiones simples. Pueden adquirir las funciones viso-espaciales más básicas y simples como las de comprar y ordenar, y ser capaces, con una adecuada supervisión y guía, de una pequeña participación en las tareas domésticas y prácticas.

En la mayoría de los casos puede ponerse de manifiesto una etiología orgánica. Lo más frecuente es que se acompañen de déficit somáticos o neurológicos graves que afectan a la motilidad, de epilepsia o de déficit visuales o de audición. También es muy frecuente la presencia de trastornos generalizados del desarrollo en sus formas más graves, en especial de autismo atípico, sobre todo en aquellos casos que son capaces de caminar. (CIE – 10, OMS).

En 1983 la Sociedad Americana de Deficiencia Mental publicó una nueva definición ligeramente revisada y de mayor utilidad y claridad Grossman (Verdugo, 1994. p. 9):

El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que resulta o va asociado con déficits concurrentes en la conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo. (p. 9)

En esta ocasión un funcionamiento intelectual por debajo de la media se refiere a la obtención de puntuaciones de 70/75 o inferiores en medidas estandarizadas de inteligencia. En la definición adoptada, es el concepto de conducta adaptativa el que comienza a recibir más atención dada la ambigüedad con la que se suele formular y la dificultad para evaluarlo.

El déficit en la conducta adaptativa se refiere "a la calidad del funcionamiento diario afrontando las demandas ambientales" (Grossman, 1983,

p. 42). Esto es definido expresamente como "limitaciones significativas en la eficacia individual en satisfacer los patrones de maduración, aprendizaje, independencia personal y responsabilidad social esperados para su edad y grupo cultural, tal como se determinan por evaluación clínica y, frecuentemente, por escalas estandarizadas" (Grossman, 1983, p. 11). Esto lleva a plantear una clasificación de la conducta adaptativa en tres etapas evolutivas diferentes (Grossman, 1983):

- A) Durante la infancia o niñez temprana: Desarrollo de habilidades sensorio-motoras, de comunicación, de autoayuda y de socialización;
- B) Durante la niñez y adolescencia temprana: Aplicación de habilidades académicas básicas a la vida diaria, Aplicación de juicio y razonamiento apropiados en el dominio del ambiente y Habilidades sociales; y
- C) Durante la adolescencia tardía y la edad adulta: Ejecuciones y responsabilidades sociales y profesionales.

Los principales cambios en la concepción y definición del retraso mental de los años sesenta y ochenta han supuesto (Landesman & Ramey, 1989):

- La incorporación del concepto de conducta adaptativa como parte de la definición.
- La reducción del límite de la puntuación de C.I., quedando excluidas de la definición aquellas personas con un C.I. entre 70 y 85, que se consideran con inteligencia baja y no con retraso mental.



- La extensión del límite superior de edad para el diagnóstico inicial (en primer lugar para ofrecer servicio a un mayor número de adolescentes y jóvenes que presentan deficiencia neurológica severa, y en segundo lugar para incluir a todos aquellos sujetos que pueden presentar retraso mental como consecuencia de accidentes y abuso de sustancias tóxicas).
- Desechar la noción de permanencia a lo largo de toda la vida como parte del concepto.

La definición adoptada en 1992 por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) (Luckasson et al., 1992, citado en Verdugo, 1994)) representa la concepción del retraso mental que va a estar vigente de manera más extendida en los años finales del siglo XX.

Retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre, y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad. (Luckasson & al., 1992, p. 1; citado en Verdugo, 1994)

Supone una modificación tan sustancial respecto a las anteriores que se la puede calificar de cambio de paradigma. Destaca el énfasis dado al ambiente frente al individuo. El retraso mental no se considera un rasgo absoluto del individuo, sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el entorno. La tarea esencial es evaluarlos multidimensionalmente en base a su interacción con los contextos en los que se desenvuelven y basándose en esa evaluación determinar los tratamientos y servicios necesitados.

No se clasifica a los sujetos en virtud de su C.I. sino que se clasifica el tipo e intensidad de apoyos que necesitan. De esta manera, se propone un sistema de clasificación basado en la intensidad de los apoyos que requieren las personas con retraso mental (limitado, intermitente, extenso y generalizado). (Verdugo, 1994)

La nueva definición está basada en un enfoque multidimensional que pretende ampliar la conceptualización del retraso mental, evitar la confianza depositada en el C.I. como criterio para asignar un nivel de discapacidad, y relacionar las necesidades individuales del sujeto con los niveles de apoyo apropiados. Esta orientación permite describir los cambios que se producen a lo largo del tiempo y evaluar las respuestas del individuo a las demandas presentes, a los cambios del entorno y a las intervenciones educativas y terapéuticas.

La Asociación Americana sobre Retraso Mental establece cuatro dimensiones diferentes de evaluación: funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas; consideraciones psicológico-emocionales; consideraciones físicas, de salud y etiológicas; y consideraciones ambientales. Esta propuesta puede tener repercusiones importantes y prometedoras en su aplicación a otros tipos de discapacidad: psíquica, física, sensorial y plurideficiencias.

El enfoque multidimensional requiere describir a la persona con retraso mental de un modo comprensivo y global, determinando y analizando:

- 1) La existencia de retraso mental, frente a otras posibles condiciones de discapacidad;
- 2) las potencialidades y limitaciones existentes en aspectos psicológicos, emocionales, físicos y de salud;
- 3) las características de los entornos habituales del sujeto (vivienda, escuela/trabajo, y comunidad) que facilitan o impiden el desarrollo del sujeto y su satisfacción; y,
- 4) las características óptimas del entorno que permitan desarrollar los apoyos necesarios para facilitar la independencia/ interdependencia, productividad e integración de esta persona en la comunidad. Es un tipo de evaluación ecológica y dirigida al desarrollo de programas de intervención.

Teniendo presente estas cuatro dimensiones, el proceso de evaluación se estructura en una serie de pasos que comienza con el diagnóstico diferencial del retraso mental, continúa con la clasificación y descripción del sujeto en base a sus potencialidades y limitaciones en las distintas dimensiones y en relación al medio en que se desenvuelve; y finaliza con la determinación de los apoyos necesarios en cada una de las dimensiones propuestas. El proceso aparece reflejado en el cuadro 2 (ver anexos)

Las intensidades de los apoyos se definen y clasifican de la siguiente manera:

Apoyo "cuando sea necesario". Se caracteriza por su naturaleza episódica. Así, la persona no siempre necesita el(los) apoyo(s), o requiere apoyo de corta duración durante momentos de transición en el ciclo vital (ej. pérdida de trabajo o agudización de una crisis médica). Los apoyos intermitentes pueden ser, cuando se proporcionen, de alta o de baja intensidad.

Limitado: Apoyos intensivos caracterizados por su consistencia temporal, por tiempo limitado pero no intermitente. Pueden requerir un menor número de profesionales y menos costes que otros niveles de apoyo más intensivos (p. ej. entrenamiento laboral por tiempo limitado o apoyos transitorios durante el período de transición de la escuela a la vida adulta).

Extenso: Apoyos caracterizados por una implicación regular (ej. diaria) en, al menos, algunos entornos (tales como el hogar o el trabajo) y sin limitación temporal (ej. apoyo a largo plazo y apoyo en el hogar a largo plazo).

Generalizado: Apoyos caracterizados por su constancia, elevada intensidad; proporcionada en distintos entornos, con posibilidad de sustentar la vida. Estos apoyos generalizados suelen requerir más personal y mayor intrusión que los apoyos extensivos o los de tiempo limitado.

Para el año 2002, se hace una revisión a las definiciones previas sobre retraso mental y se propone una nueva definición, vigente a la fecha:

Retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años (Luckasson & cols., 2002, p. 8, citado en Verdugo 2002).

La definición del año 2002 propone un nuevo sistema con las siguientes dimensiones:

Dimensión I: Habilidades Intelectuales

Dimensión II: Conducta adaptativa (conceptual, social y práctica)

Dimensión III: Participación, Interacciones y Roles Sociales

Dimensión IV: Salud (salud física, salud mental, etiología)

Dimensión V: Contexto (ambientes y cultura)

Las cinco dimensiones propuestas abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente con vistas a mejorar los apoyos que permitan a su vez un

mejor funcionamiento individual. Frente a las cuatro dimensiones planteadas en la novena edición de la definición de retraso mental de la AAMR, en esta ocasión se proponen cinco.

Lo más destacable es la introducción de la dimensión de Participación, Interacciones y Roles Sociales. Asimismo, se plantean dimensiones independientes de Inteligencia y de Conducta Adaptativa. Además, se amplía la dimensión de Salud para incluir la salud mental, desapareciendo así la dimensión sobre consideraciones psicológicas y emocionales que se había propuesto en el año 1992. Otro cambio importante se refiere a la ampliación de la dimensión 'contexto' que pasa también a tener en cuenta la cultura junto a los aspectos ambientales.

El modelo multidimensional propuesto por la AAMR viene a plantear que la discapacidad intelectual no es algo que tú tienes, ni es algo que tú eres, y tampoco es un trastorno médico o mental: "Retraso mental [discapacidad intelectual] se refiere a un estado particular de funcionamiento que comienza en la infancia, es multidimensional, y está afectado positivamente por apoyos individualizados" (Luckasson & cols., 2002, p. 48, citado en Verdugo, 2002).

Como modelo de funcionamiento incluye los contextos en los cuales las personas funcionan e interactúan, a diferentes niveles del sistema, por lo que se puede decir que la definición propuesta requiere un enfoque multidimensional y ecológico que refleje la interacción de la persona con sus ambientes así como los resultados referidos a la persona en esa interacción relacionados con la

independencia, relaciones, contribuciones, participación educativa y comunitaria y bienestar personal.

El proceso de evaluación en la discapacidad intelectual comprende tres funciones diferentes: diagnóstico, clasificación y planificación de los apoyos. Esto implica que antes de iniciar el proceso siempre se deben saber los propósitos para ello. El motivo es el que dictará las medidas e instrumentos apropiados para cada función. En el cuadro 3 (ver anexo) se presenta la estructura de evaluación de la discapacidad intelectual con una síntesis de los aspectos principales del proceso evaluativo a desarrollar.

El proceso propuesto por la Asociación Americana sobre Retraso Mental lleva a la identificación de los apoyos que necesita la persona, y en lugar de hablar de un proceso de tres pasos, como hacía en 1992, ahora se habla de un estructura del proceso de evaluación con tres funciones: diagnóstico, clasificación y planificación de apoyos.

## **Capítulo 3. Modificación de conducta en casos de Discapacidad Intelectual**

La modificación de conducta tiene como objetivo promover cambios de conducta a través de la implementación de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse.

Este tercer capítulo realiza un recorrido histórico de la modificación de conducta desde Pavlov, pasando por Thorndike, Hull, Moowrer y Tolman, hasta Skinner, quien considera que la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales.

Se describen las técnicas para el desarrollo de conductas y las técnicas para la reducción de conductas operantes. Las técnicas operantes se aplican con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes



### 3.1 Desarrollo histórico de la modificación de conducta

La modificación de conducta tiene como objetivo promover cambios de conducta a través de la implementación de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse

El periodo de 1896 a 1938 se caracteriza a nivel teórico por el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico, por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituirá el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollará la modificación de conducta. El objeto de la psicología es la conducta y la forma de estudiarla sigue los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike. (Anguita, 2010)

De 1938 a 1958, tiene lugar en el contexto teórico el desarrollo de las grandes teorías neoconductistas del aprendizaje: Hull, Moowrer y Tolman. De todas ellas sobresale el modelo de trabajo de Skinner, que supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales asentar las directrices de la intervención. De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales.

La modificación de conducta surge como una alternativa innovadora, válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz no sólo de explicar los trastornos del comportamiento sino de presentar soluciones eficaces para ellos. (Anguita, 2010)

De 1958-1970, la modificación de conducta se aplica con gran éxito a problemas que hasta ese momento eran refractarias al tratamiento. Las técnicas operantes se aplican con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes.

Además en este periodo se desarrollan técnicas de entrenamiento asertivo y habilidades sociales, inundación y prevención de respuestas y se mejoran las técnicas de alivio de aversión y técnicas aversivas. El énfasis en esta fase se centra en el campo de la aplicación, no en el teórico. Este periodo se caracteriza por una disociación entre la investigación básica en psicología y la aplicación de la modificación de conducta.

La psicología experimental pasa de centrarse en el aprendizaje y en los modelos de condicionamiento a dirigirse a procesos cognitivos (memoria, percepción, atención). Los modificadores de conducta están centrados en las demandas del trabajo aplicado sin prestar mucha atención a la investigación básica. (Anguita, 2010)

### 3.2 Características de la modificación de conducta

Según Labrador (2004), la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas. Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque:

- a) La fundamentación en la psicología experimental
- b) La aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal)
- c) La insistencia en la evaluación objetiva
- d) El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

De todas estas características cabría destacar como definitorias la fundamentación de los métodos empleados en la investigación psicológica controlada, así como en énfasis en la evaluación objetiva de las intervenciones.

En el presente y en el desarrollo histórico de la modificación de conducta se pueden distinguir cuatro principales orientaciones:

- a) El análisis conductual aplicado.
- b) La conductista mediacional.
- c) El aprendizaje social.
- d) El cognitivo-conductual.

#### Orientaciones actuales en modificación de conducta

1) Análisis conductual aplicado: se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante.

Las principales características de este enfoque son:

- Se centra en las conductas observables directamente.
- La conducta está controlada por el ambiente.
- El objetivo de estudio es la conducta de organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.
- Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.
- El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio pero se pueden destacar dos áreas preferentes: a) el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y b) la modificación de ambientes sociales o institucionales.

- El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social.

2) Orientación conductual mediacional: también se le denomina enfoque E-R neo conductista o mediacional, por el énfasis que pone en las variables intermedias o constructos hipotéticos en la explicación de la conducta.

Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

- Se da una especial importancia a los constructos hipotéticos.
- Los procesos cognitivos tales como imágenes, la mediación verbal u otros semejantes se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
- El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad, obsesiones, agorafobias, trastornos sexuales y otros trastornos.
- Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en el condicionamiento clásico.

3) Orientaciones basadas en el aprendizaje social: esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio.

Las características fundamentales de esta orientación son los siguientes:

- La regulación de la conducta depende de tres sistemas:

- los estímulos externos que afectan a la conducta.,
  - las consecuencias de la conducta y
  - los procesos cognitivos mediacionales.
- La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de aquél y/o variables del sujeto.
  - El énfasis en el constructo de autoeficacia, que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar la conducta necesaria para obtener un resultado deseado.
  - El énfasis en la autorregulación y autocontrol.
  - En relación a las técnicas empleadas integra los métodos basados en el condicionamiento clásico y operante con el aprendizaje vicario y los métodos de autorregulación.

4) Orientación cognitivo-conductual: esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

- El cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
- La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.

- Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.
- La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

### Problemas actuales en modificación de conducta

La modificación de conducta en el presente ha de resolver algunas cuestiones que son importantes para su desarrollo futuro. A continuación se tratan algunas de las que se consideran más relevantes.

### Técnicas cognitivas versus técnicas conductuales

El desarrollo de métodos de intervención que incidan en aspectos cognitivos que sirvan para potenciar el cambio conductual, el mantenimiento y las transferencias de las ganancias terapéuticas tuvo lugar en los años setenta y continúa en la actualidad. La mejora de los procedimientos de tratamiento conductuales precisa abordar vías a través de las cuales se pueda incidir sobre la actividad cognitiva. La introducción de métodos que incidan sobre verbalizaciones internas o actividades cognitivas no ha de ser incompatible o contradictoria con la base de técnicas de tratamiento conductual más tradicionales, de hecho en el enfoque operante se ha llevado a cabo un análisis del control de la conducta por medio de reglas verbales o conducta gobernada por reglas, que son útiles para mejorar estas técnicas. Un aspecto problemático existente es la escasa investigación básica en torno a estas técnicas.

## Análisis funcional versus sistemas de clasificación psicopatológica

Las intervenciones conductuales se fundamentan en el análisis funcional de las conductas problema. A través del análisis funcional se han de determinar las variables causales que de forma relevante determinan la conducta problema y que se pueden controlar para producir el cambio. Las clasificaciones psicopatológicas como la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM – IV) son clasificaciones sincrónicas, basadas en la topografía, no en el análisis de relaciones causales, con un carácter meramente descriptivo.

Consideraciones a tener en cuenta:

- Existe el riesgo de que el buscar una etiqueta en la que encaje el trastorno actual del paciente sesgue el análisis conductual dirigiéndole a la confirmación de determinados datos y a la ignorancia de otros, así muchos clínicos jóvenes están más pendientes de etiquetar el problema del cliente que en conocer en qué consiste y cuáles son sus causas, y
- No todas las categorías que se utilizan en esas clasificaciones tienen igual validez; algunas clasificaciones como las de los trastornos del sueño o los trastornos de personalidad en la DSM-III -R han sido muy criticadas y no pueden servir de orientación al análisis funcional.



## Tratamiento individualizado versus estandarizado

Cualquier tratamiento conductual ha de estar justificado y apoyado en un análisis funcional, como tal el tratamiento es individualizado y se ajusta a las necesidades del caso concreto; un tratamiento estandarizado aplicado meramente por el ajuste a una categoría diagnóstica no puede tener ninguna garantía de éxito.

La aplicación de las intervenciones conductuales ha de estar fundamentada en modelos explicativos de la etiología y mantenimiento de los problemas abordados. En la actualidad, se hace énfasis en explicar los trastornos de forma multicausal, se incide en todos los factores que contribuyen a su génesis y mantenimiento, y son multidimensionales, es decir, integran aspectos cognitivos, conductuales, fisiológicos y ambientales. Por ello, se requiere trabajos de investigación básica específicos de los problemas concretos encaminados a descubrir las variables controlables. Por otro lado, igualmente se precisa investigación en relación a las habilidades del terapeuta y la relación terapeuta-cliente.

### 3.3 Técnicas Operantes para el Desarrollo de Conductas

Una de las tareas más usuales en las ayudas psicológicas a la gente probablemente tenga que ver con la promoción de nuevas formas de comportamiento. En particular, la modificación de conducta dispone de técnicas especializadas para ello. Enfocadas a crear o modificar conductas. A menudo,

las nuevas conductas quizá tengan que sobreponerse a otras ya existentes, y no siempre contarán con condiciones ambientales que las faciliten a pesar de lo convenientes que resultarían (si ya estuvieran establecidas). En términos formales habría que diferenciar dos tipos de proceder básicos para el desarrollo de nuevas conductas (de acuerdo con la lógica operante), a saber: uno consiste en el desarrollo gradual, que se llamará moldeamiento, y el otro en la combinación de conductas ya existentes, cuya denominación será encadenamiento.

El Moldeamiento de conductas, es un procedimiento en el que se refuerza por aproximaciones sucesivas hasta alcanzar una conducta objetivo. Para dar el reforzamiento se requiere la ocurrencia de la conducta objetivo, y el reforzamiento se proporciona de manera contingente a la presentación de la conducta. El refuerzo, es cualquier objeto o evento que incremente la probabilidad de ocurrencia de una la conducta que lo precede. Siendo así, lo que hará el reforzamiento es fortalecer la probabilidad de la conducta respecto de la cual es contingente. El reforzamiento es el acto de administrar el reforzador siguiendo algún criterio de frecuencia relativa a la conducta en cuestión. La conducta, tratándose del moldeamiento, es cualquier actuación, algo que hace el sujeto que viene a ser una operación con ciertos efectos. Así pues, la conducta es una operante cuyas consecuencias es el refuerzo.

Puesto que se trata de formar determinada conducta, el reforzamiento es selectivo respecto del repertorio disponible. En particular, se fortalecen aquellas conductas que más se asemejen topográfica y funcionalmente a la que se

pretende conseguir. Sucesivamente, el reforzamiento se hará más exigente en función de ciertos aspectos de dicha conducta y de acuerdo por lo demás con su variabilidad. De esta manera, el moldeamiento resulta un proceso dinámico en el que se van transformando conjugadamente la conducta y sus consecuencias. En rigor hay que decir que la acción selectiva de las consecuencias transforma la conducta, esto es, la moldea.

Aplicación: Aunque, en alguna medida, el moldeamiento es una técnica que se puede utilizar en muchos ámbitos de la terapia de conducta, es más común su aplicación en problemas de educación especial, la rehabilitación de funciones motoras, la instrucción académica, la disfunción sexual, y otros. La palabra introductoria otros da paso a una serie de supuestos, algunos incluso sin interés clínico. Entre éstos se citarían el desarrollo de discriminaciones perceptivas (como aquéllas relativas al «oído musical», a la detección de señales visuales o a la captación gustativa de sabores), y de habilidades motoras (como en el entrenamiento deportivo o en el baile). Con interés clínico, cabría mencionar la superación del miedo por medio de ciertas aplicaciones de la desensibilización sistemática o del modelado participativo con reproducción forzada.

El encadenamiento es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones. De lo que se trata, es de conseguir una unidad funcional que resulta compuesta de subunidades conductuales preexistentes, de manera que éstas se subsumen en una nueva conducta.

Consiguientemente, hay que contar de entrada con conductas que vienen a ser «fragmentos» de la que vaya a resultar. En términos técnicos, se diría que cada conducta del complejo resultante tiene una doble función como estímulo. Esto es, funcionaría, por un lado, en calidad de estímulo discriminativo para la siguiente y, por otro, como estímulo reforzante de la anterior. Finalmente adquiriría la unidad funcional a que se ha aludido. Este encadenamiento entre estímulos discriminativos (ed.), que en realidad son respuestas ya dadas, y respuestas (r), que, además de ser estímulos reforzantes para las anteriores son también (ed) para la siguiente, se suele esquematizar así: {ed1?r1} ? {ed2?r2} ? {ed3?r3}... {edn?rn}. El primer componente de la cadena puede ser una instrucción o una regla que diga cómo se empieza.

Aplicación: La aplicación del encadenamiento tiene interés en el supuesto de que se disponga de los fragmentos para la nueva unidad conductual deseada. Es por ello que no se puede decir que haya un ámbito aplicado para el que fuera la técnica de elección. El desarrollo de habilidades de autonomía doméstica, tales como vestirse, comer y la limpieza personal, presenta en educación especial situaciones propicias para el encadenado conductual. El individuo quizá puede realizar muchas «subunidades» de esas prácticas, pero no coordinadas como requiere la tarea efectiva. Otro caso puede ser, el enseñar a comer con cuchara, etc. Respecto al desarrollo de la fluidez verbal, una situación que se da en la educación especial del lenguaje, se trata de conseguir una dicción integrada de sonidos, sea para constituir palabras o flujos verbales más amplios. El ritmo y la entonación formarían parte de esta aplicación. La instrucción académica también cuenta con situaciones a las que les conviene este

procedimiento. Por ejemplo en la organización del discurso (escrito o hablado) en función de los efectos que se pretendan. La cuestión es que los argumentos pueden exponerse de una u otra manera, cuyo encadenamiento es importante para a alguna función específica. Se tiene un contenido temático, dado quizá en varias «unidades», desde proposiciones o frases, hasta párrafos o capítulos, y se trata de darle forma. Una vez que se sabe lo que se va a decir, se ordenarán las ideas con gran diligencia.

Finalmente, con relación a la efectividad de las técnicas mencionadas (Moldeamiento, encadenamiento conductual), se puede hacer algunas apreciaciones sobre tres aspectos críticos relativos a su aplicación profesional:

- A pesar de que estas técnicas tienen filiación con las prácticas sociales convencionales su aplicación resulta demasiado formalizada, debido probablemente a que su uso profesional se ha tomado como una extensión del laboratorio. De modo entonces que el análisis aplicado ha heredado los rigores del análisis experimental; pero en las situaciones aplicadas no se cuenta con las mismas facilidades que en el laboratorio.
- Un empeño en la práctica de la modificación de conducta es la definición operativa de sus términos, de lo que son buen ejemplo las técnicas descritas aquí. Ha de repararse que lo decisivo es la función más que propiamente la forma de la conducta. Lo que puede ocurrir sin embargo es que la definición operativa recaiga sobre la forma, esto es, que resulte

en exceso formalista en detrimento de la función. La cuestión es que los objetivos sean profesionalmente fiables y socialmente relevantes.

- Otro aspecto crítico que se citará se refiere al reforzamiento en la vida cotidiana. La cuestión sería diseñar un programa de reforzamiento que fuera más compatible con los usos cotidianos, que aunque el moldeamiento y el encadenamiento sean técnicas sólidas, de todos modos su investigación sigue abierta, al menos en el interés de especificar las condiciones de su optimización en los contextos sociales y, por ende, educativos.

### 3.4 Técnicas para la Reducción de Conductas Operantes

Dentro de las técnicas para la reducción de conductas se encuentra: la extinción, enfoques positivos de reforzamiento diferencial, costo de respuesta, tiempo fuera, saciación y sobre corrección. Es importante señalar que no es adecuado desarrollar una intervención dirigida exclusivamente a reducir o eliminar una conducta, siempre será necesaria una parte complementaria que se dirija a desarrollar la o las conductas alternativas que se desean en lugar de la conducta a reducir. No basta con que la persona deje de emitir una conducta, es determinante qué hace en lugar de esa conducta.

La extinción de conducta, consiste en suprimir el reforzador de una conducta previamente reforzada. Es decir, establecer las condiciones para que la persona no reciba reforzamiento tras la emisión de las conductas

desadaptadas. Atención, aprobación, reforzadores materiales dejan de seguir contingentemente a la conducta que se desea reducir.

El procedimiento de la extinción conlleva una serie de propiedades fundamentales para su aplicación:

- a) Es un procedimiento de reducción gradual que depende de la historia y el programa de reforzamiento de la conducta desadaptada, el nivel de privación del individuo de los refuerzos que eran contingentes a la conducta indeseable y la intensidad de éstos, el esfuerzo necesario para emitir la respuesta (cuanto más esfuerzo requiera, más fácil será de extinguir), y el uso combinado de procedimientos de refuerzo de conductas alternativas (que harán que la reducción sea mucho más rápida).
  
- b) La aplicación de la extinción produce usualmente un incremento en la frecuencia e intensidad de la respuesta en los primeros momentos de aplicación («explosión de respuestas»), así como variaciones importantes en su topografía. Produce un posible aumento de comportamientos agresivos o emocionales inherentes al procedimiento y la llamada recuperación espontánea, en donde la respuesta puede reaparecer tras un lapso de tiempo en que la conducta bajo extinción había desaparecido.

Es necesario utilizar junto a la extinción de la conducta inadecuada el reforzamiento de alguna conducta o conductas alternativas. La extinción debe

ser constante, pues si se usa de forma intermitente se pueden producir los efectos contrarios, establecer de forma más firme la respuesta, pues equivale a reforzarla de forma intermitente. Además, no es aconsejable utilizar la extinción como única técnica si se desea un cese inmediato de la emisión de la conducta, o si la conducta es peligrosa para el sujeto o personas del medio, como es el caso de algunas conductas agresivas o autolesivas; así como tampoco en aquellos casos en los que no puede tolerarse un aumento temporal en la conducta.

Los Procedimientos de Reforzamiento Diferencial, utilizan el reforzamiento positivo para mantener la conducta a niveles moderados, o para la emisión de otras conductas diferentes o incompatibles con la que se desea eliminar. Se puede implementar el Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB) con el que se refuerza al sujeto por mantener una tasa de conducta más baja de la observada en línea base. Es decir, se refuerza por la emisión de la conducta pero sólo si ésta se emite a tasas bajas.

Esta técnica es aplicable cuando lo que se desea es reducir ciertos comportamientos, pero no eliminarlos del todo. Dado que su objetivo es moderar, no eliminar conductas, puede ser útil para el desarrollo del autocontrol en conductas como fumar, consumo de alcohol, comer en exceso, etc. Se seleccionan reforzadores apropiados y efectivos para el sujeto o grupo tratado, los reforzadores se aplican de forma inmediata tan pronto como sea posible al cumplirse los intervalos prefijados y sólo cuando la conducta se haya mantenido en la tasa adecuada. A medida que comienza a consolidarse la emisión de la



conducta a una tasa más baja, el reforzamiento debe suministrarse con menos frecuencia. Obviamente, el reforzamiento se omite si la emisión de la conducta supera el criterio establecido.

El Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), es un procedimiento en el que el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el individuo con la excepción de la conducta inapropiada que se quiere eliminar. En este caso se refuerza la ausencia de la conducta inapropiada durante un período determinado de tiempo. Por tanto, la conducta que se trata de eliminar se pone bajo extinción, mientras se refuerza cualquier otra conducta alternativa. Esta técnica también aparece con la denominación de entrenamiento de omisión. No se debe aplicar como procedimiento único si la respuesta es peligrosa o ha de suprimirse rápidamente. Debe aplicarse la técnica en tantos contextos como se produzca la conducta y no reforzar otras conductas que sean desadaptativas. El RDO presenta como principales ventajas el que es un enfoque positivo, que no utiliza estímulos aversivos. Hace posible el reforzamiento de la persona tratada por emitir una infinita variedad de conductas salvo la especificada. Por lo común es un procedimiento muy eficaz. Aunque es posible encontrar personas que se entreguen a una conducta problemática a una tasa tan alta que no sea probable que ocurran otras conductas (por ejemplo, el hábito de balancearse de un niño autista), la mayoría de las personas disponen de todo tipo de opciones asequibles, y por lo general emiten alguna de ellas. En consecuencia, las conductas reforzadas se incrementan, reduciéndose en consecuencia la conducta no reforzada.

El Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles o alternativas (RDI) Consiste en reforzar una conducta que es incompatible o no puede hacerse al mismo tiempo que la conducta que se desea eliminar. Para llevar a cabo este procedimiento primero hay que identificar y operacionalizar la conducta indeseable. A continuación se consideran posibles respuestas incompatibles que disminuirán la probabilidad de emisión de la conducta indeseable. Después se seleccionan una o varias de esas conductas alternativas una vez operacionalizadas. Para su aplicación, es necesario identificar y seleccionar una o varias conductas incompatibles con la conducta que se trata de eliminar. Es preferible elegir una conducta que ya esté en el repertorio del sujeto. Seleccionar reforzadores adecuados para su aplicación contingente a la emisión de la conducta incompatible. Eliminar el reforzamiento de la conducta indeseable, dejándola bajo extinción. Si las conductas alternativas no están en el repertorio del cliente, se hará uso del moldeamiento o encadenamiento para implantar dichas conductas. Hacer que el sujeto ejecute la conducta alternativa en todos los contextos habituales. Entre las principales ventajas de este procedimiento se encuentra el que si la conducta incompatible queda bien establecida, es decir, se da a una alta tasa y es lo suficientemente estable, la conducta desadaptativa será eliminada. Como principales desventajas del RDI se encuentra que lleva un cierto tiempo conseguir los resultados y, por otro lado, a menudo hay dificultades para la definición y selección de la conducta incompatible.

En cuanto a los sistemas de organización de contingencias, están la Economía de Fichas y los contratos conductuales. Los programas de economía de fichas son procedimientos dirigidos a establecer un control estricto sobre un

determinado ambiente, para controlar las conductas de una persona o de un grupo de personas (Ospina, 2004) La utilización de un sistema de economía de fichas permite introducir una o varias conductas, alterar las frecuencias con que las conductas objeto de intervención se emiten o eliminar las conductas desadaptativas.

Los programas de economía de fichas aparecen con frecuencia en la vida cotidiana, aunque no son explícitos, por ejemplo, la maestra que da puntos a los alumnos que rinden bien para que los canjeen por un rato de recreo adicional, o los proveedores que dan puntos a sus clientes habituales para que puedan cambiarlos por una cafetera, etc. Es una técnica específica para desarrollar conductas incipientes y también para disminuir conductas problemáticas.

La implantación de un programa de economía de fichas implica tres fases:

a) Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado. En esta fase ha de establecerse la ficha como refuerzo generalizado y remarcarse el valor que tiene como objeto de intercambio. Es preciso enseñara a las personas incluidas en el programa a dar valor a las fichas.

Las explicaciones verbales pueden ser suficientes en algunos casos, pero cuando se trabaja con personas con déficit o limitaciones intelectuales se hace necesario proceder al “muestreo” de las fichas. Para ello pueden entregarse en diversas ocasiones fichas a los sujetos de forma gratuita, con independencia de sus conducta, y cambiárselas inmediatamente por algunos de los reforzadores

que han demostrado ser eficaces con algunos sujetos. En los primeros momentos es necesario llevar a cabo estas entregas de fichas gratuitas varias veces a fin de que se establezca el valor de la ficha como objeto de intercambio. Hay que recordar lo importante que es el que se cambien las fichas por distintos reforzadores eficaces con el sujeto y no sólo por uno. A la hora de cambiar las fichas por los refuerzos es interesante remarcar explícitamente el valor de intercambio de las fichas. En estos primeros momentos el cambio de las fichas por los refuerzos ha de ser poco menos que inmediato. Estos periodos de muestreo de las fichas pueden hacerse constantes en el tiempo o bien desarrollarse sólo en determinados intervalos temporales.

b) Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas. Se entregan las fichas de manera contingente a las conductas que se desee establecer o incrementar. Aunque no es necesario aclarar al sujeto el porqué se le entrega la ficha, obviamente el especificarlo de antemano en la mayoría de los casos facilita su efecto, así como el aclarar el valor de las fichas y el tipo de reforzadores que se pueden adquirir con ellas. Conviene que los pacientes tengan una copia de la lista de los reforzadores, con su valor en fichas, o puedan acceder a ellas fácilmente.

Las conductas particulares objetivo de intervención han de especificarse de manera precisa y concreta, de forma que requieran el mínimo de interpretación tanto de la persona encargada de entregar la ficha como del que va a recibirla.

c) Fase de desvanecimiento o finalización del control de las conductas por fichas. Dado que el objetivo de un programa de economía de fichas es facilitar la aparición y consolidación de determinadas conductas, una vez que éstas se han dado y están consolidadas el paso siguiente debe consistir en poner esas conductas bajo el control de las condiciones habituales “normales” en que actúa el sujeto. Las razones por las que debe retirarse el programa son: la economía de fichas es un sistema artificial, que supone un coste de tiempo, de recursos, etc, que no se asemeja a la vida cotidiana en la que hay pocos reforzadores no naturales y no directos. Además implica un control artificial de las conductas y puede interferir con la adquisición de la motivación intrínseca. Todas las economías de fichas incluyen un programa de desvanecimiento del sistema a medida que se van produciendo mejorías en la conducta. Esto puede llevarse a cabo aumentando el tiempo entre las entregas de fichas, incrementando el criterio para la obtención de fichas, reduciendo del número de fichas ganadas por medio de las conductas objetivos, aumentando el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo, o por alguna combinación de estos procedimientos

La economía de fichas se ha mostrado como una técnica eficaz y aplicable a gran número de problemas y poblaciones. Su aplicación no está exenta de dificultades. En primer lugar, para que la economía de fichas funcione, es necesarios que exista un estricto control sobre las conductas emitidas por los pacientes, las fichas entregadas etc. ...Este control tan estricto supone el entrenamiento y la capacitación del personal a cargo del programa. La instrucción por sí sola no es, muchas veces, suficiente. Hay que reforzar de

alguna manera el desempeño adecuado de este personal, pues la implantación del programa supone para ellos un esfuerzo extra que no todos están dispuestos a desempeñar. En segundo lugar, la economía de fichas puede resultar un programa caro. Otra dificultad son las restricciones legales y éticas con las que tropieza a veces el programa. Un problema muy obvio para aquellos que siguen un sistema de fichas fuera de una institución es la posibilidad de obtener los refuerzos de forma no contingente, a parte del programa. Por último, es conveniente obtener la aprobación de pacientes, padres o tutores, personal y dirección de los centros en los que se realice el programa y su colaboración activa.

Un contrato conductual o contrato de contingencias es un documento escrito que explicita las acciones que el cliente está de acuerdo en realizar y establece las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo. Tal procedimiento implica el intercambio recíproco de recompensas contingente en relación a conducta específica de los firmantes del contrato. Los contratos son especialmente útiles para personas con escasa capacidad de autorreforzamiento. En este sentido, en un contrato conductual debe especificarse:

- La conducta o conductas que se espera que emita cada una de las personas implicadas.
- Las consecuencias que obtendrán casos de realizar esas conductas.

- Las consecuencias que obtendrán casos de no realizar esas conductas.

De esta forma, los contratos conductuales sirven para ayudar a la persona o personas implicadas a iniciar determinadas conductas específicas, señalando cuáles deben llevar a cabo y cuáles no. Por último permite aclarar las consecuencias derivadas de llevar a cabo o no una determinada conducta. Con esta información explícita a la persona le será mucho más fácil controlar sus conductas de acuerdo con sus propios intereses.

Los programas de aplicación de contrato son aplicables a todo programa de modificación de conducta. En primer lugar, es frecuente utilizarlo ya en la fase de recogida de información para favorecer el que se lleven a cabo las tareas encomendadas, por ejemplo, autorregistro, realización de cuestionarios, etc... Posteriormente, en la fase de intervención pueden utilizarse para controlar la realización de cualquier tipo de conducta operante; por ejemplo, para reducir la conducta de acudir a determinado lugar en un drogadicto, para establecer hábitos de estudio más adecuado, etc... No obstante, es especialmente interesante su uso en problemas interpersonales, y sobre todo, en problemas de pareja. Por sus propias características es evidente que los contratos son una alternativa más útil, rápida y económica que los programas de economía de ficha en muchos casos, en especial si a las personas a las que han de aplicarse no presentan limitaciones intelectuales y no se precisa una reestructuración completa de las contingencias del medio.

Las terapias aversivas intentan asociar un patrón de reacción comportamental no deseado y socialmente sancionado, con una estimulación desagradable, interna o externa, o reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de este comportamiento no deseado sean lo suficientemente desagradables para el emisor de tal comportamiento, que deje de ejecutarlo. En ambos casos se espera que se establezca una conexión entre el comportamiento a eliminar y la reacción aversiva. Se espera que el desarrollo de tal conexión y el progreso de la misma genere una situación tal en el individuo, fisiológica o cognitiva, que provoque un cese total en la emisión del comportamiento a eliminar.

Los modelos propuestos para explicar el desarrollo de las reacciones aversivas podrían resumirse en:

- Condicionamiento clásico: Esta teoría asume que la asociación de algunos elementos componentes del comportamiento a eliminar, con el estímulo nocivo preseleccionado hará que el (estímulo condicionado) EC provoque una respuesta condicionada de aversión.

- Condicionamiento operante: Se presenta el estímulo aversivo ante respuestas emitidas por el sujeto. Algunos autores han tenido especial cuidado en diseñar sus procedimientos terapéuticos adoptando paradigmas de aprendizaje de evitación o castigo.



- Teorías centrales: La aseveración de Rachman y Teasdale, en el sentido de que una explicación puramente cognitiva de las terapias aversivas es tan insatisfactoria como una explicación basada exclusivamente en las teorías básicas de aprendizaje, sigue siendo válida.

- Teoría del estado: Hallam y Rachman proponen su “Teoría del Estado” como base del funcionamiento de las terapias aversivas. Ésta se basa, en el cambio producido en el grado general de responsividad de un individuo y no tanto en los cambios en cuanto a las conexiones específicas entre estímulos y respuestas.

Pocos han sido los comportamientos problema, por exceso, que no hayan sido sometidos en alguna ocasión a procedimientos aversivos. Mucho más delicado nos parece la utilización de tales estrategias con individuos motivados a solucionar algunos problemas cuya conceptualización como tales esté determinada por influencias sociales, por ejemplo el caso del homosexual que acude a nuestra consulta “voluntariamente” deseando una reorientación de su impulso sexual, reorientación forzada, en parte, por los valores generales adoptados por la sociedad y por las actitudes de quienes le rodean.

Existen pruebas de que el mecanismo aversivo se produce en situaciones naturales y de que tal mecanismo puede ser eficaz en el tratamiento de casos problemas concretos, pero siguen pendientes muchas preguntas, tanto a nivel clínico como de experimentación básica. Este tipo de técnicas pueden ser eficaces en aquellos casos en los que el comportamiento problema es elicitado

por el grado de afectividad que el estímulo desencadenante tiene para el paciente (por ejemplo, parafilias, obesos en los que las características externas de los alimentos juegan un papel especial, etc...), y mucho menos efectivos en los que el comportamiento problema se van mantenido por otro tipo de procesos (por ejemplo, el bebedor excesivo que utiliza el alcohol como ansiolítico, donde lo que importa son las reacciones internas subsiguientes).

En cuanto a los programas de autocontrol, tienen como objetivo que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta. Se trata de hacer que el sujeto asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario, o de generalizar el uso de las técnicas en el afrontamiento de problemas distintos de los que le hicieron comenzar con un programa de autocontrol.

Para Kanfer la importancia de los programas de autocontrol viene fundamentada por las siguientes razones:

- Existencia de muchas conductas que sólo resultan accesibles al propio sujeto.
- Las conductas problemas suelen estar relacionados con autorreacciones y actividad cognitiva no susceptibles de observación directa.
- Puesto que los sujetos, aun buscando ayuda, resulta difícil que alteren sus estilos de vida, es necesario plantear una intervención que presente

el cambio como positivo y factible para el sujeto, de tal manera que se maximice su motivación para el cambio.

- Por último, la intervención no debe tan sólo acabar con los conflictos presentes, sin enseñar al sujeto cómo manejar posibles recaídas o nuevos problemas.

El programa de entrenamiento de autocontrol se lleva a cabo en las siguientes fases:

- Autoobservación: en un primer momento habrá que enseñar al paciente a operativizar sus problemas, para posteriormente obtener datos acerca de las características topográficas y las relaciones funcionales de los mismos.
- Establecimiento de objetivos: el paciente habrá de decidir qué nivel de control quiere alcanzar sobre la respuesta conflictiva.
- Entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución: en esta fase se deciden las técnicas concretas de autocontrol en las que se entrenará al cliente. A su vez se establecen las reglas de conducta que guiarán todo el entrenamiento, es decir, qué se compromete a hacer el cliente y en qué momentos concretos.
- Aplicación de las técnicas en contexto real: una vez que el entrenamiento se ha llevado a cabo en la consulta, el siguiente paso es la puesta en práctica de lo aprendido en su vida diaria.

- Revisión de las aplicaciones con el terapeuta: una vez que el sujeto empieza a afrontar situaciones reales, la tarea en las sesiones con el terapeuta consistirá en revisar las aplicaciones concretas realizadas, analizando las dificultades y problemas surgidos para su solución.

Llegar a obtener un nivel adecuado de autocontrol permite al sujeto una mejor adaptación al medio y una mayor autoestima. El individuo se percibe como una persona más libre que posee un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento, así como una metodología de usos que le permiten decidir qué actuación es la más adecuada a la situación que se le presenta. El terapeuta en este proceso tiene un papel temporal, de apoyo y guía del cambio conductual del cliente, debiendo ser muy cuidadoso para no detentar ciertas responsabilidades del proceso terapéutico que el cliente ya esté en condiciones de asumir. Estos programas ofrecen, por una parte, la posibilidad de que el individuo aprenda a cambiar su comportamiento sin necesidad de la ayuda de un terapeuta, motivándole mediante la presentación de casos similares que consiguieron resolver el problema; por otra parte, aportan al sujeto ideas que le pueden permitir el aplicar y ajustar las técnicas a sus propios problemas aun cuando no sea los que específicamente se abordan. Los beneficios, tanto individuales como sociales, derivados de la puesta en práctica de estrategias de autocontrol se harán más fácilmente accesibles y de una manera menos costosa, que en el caso de una intervención individualizada al evitar en parte el coste emocional y de riesgo físico que determinadas conductas conllevan, así como el gasto económico que requiere su solución.

La técnica de Modelado, es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como un estímulo para generar conducta, pensamiento o actitudes semejantes en otras personas que observan la actuación del modelo. El procedimiento básico del modelamiento consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes o filmados que exhiben los comportamiento adecuados que el debería adoptar. Las técnicas de modelado intentan enseñar los principios o reglas que deben guiar la conducta en contexto determinado más que respuestas imitativas simples. El modelado puede utilizarse para aprenden nuevas conductas, inhibir o desinhibir patrones comportamentales, facilitar respuestas, aumentar los efectos de los estímulos o incrementar la activación emocional o afectiva. Las distintas técnicas de modelado difieren en su utilización según se use con un objetivo u otro.

Las principales áreas de aplicación de las técnicas de modelado se pueden dividir en tres:

- Preventiva: es decir, promoción de prácticas de mantenimiento de la salud, mejora del cuidado personal y de las personas allegadas.
- Tratamiento de problemas ya desarrollados: fobias y ansiedad, déficit en habilidades sociales y aserción.
- Educación: entrenamiento de los agentes terapéuticos, cónyuges, padres, directivos o el propio cliente.

Las técnicas de modelados son útiles y eficaces en áreas educativas, clínicas y preventivas, sus posibilidades de aplicación en niveles grupales y

comunitarios las hacen ventajosas en términos costo/beneficio. Las técnicas de modelado cada vez se utilizan de forma más eficaz para el aprendizaje de comportamientos adecuados. No obstante, también facilita el aprendizaje de conductas desadaptativas, y deberían ser utilizados como razones para reducir la exposición sistemática en televisión y medios de comunicación de modelos de violencia que han de tener efectos negativos en el comportamiento social.

## **Capítulo 4. Intervención Conductual en un Caso de Discapacidad Intelectual**

En este capítulo se narran los antecedentes del sujeto de estudio (J.C.), quien inicia su tratamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil en 1988, en donde es atendido desde los 6 años por presentar problemas de conducta, siendo en 2003, al cumplir la mayoría de edad (20 años con 7 meses), que ingresa al Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, durante su estancia en este último hospital, es que se presenta la exacerbación de conductas disruptivas (autoagresiones, llanto, etc.) Por lo cual se utiliza la sujeción gentil y se le pone un casco protector, que son motivo de recomendaciones por parte de los Derechos Humanos Internacionales, y se decide realizar una intervención conductual personalidad. Se describen las características de programa de intervención conductual incluyen la definición operacional de las variables, la línea base, la intervención con modificación de conducta y los resultados de dicha intervención, tomando como referencia las técnicas de modificación de conducta, se utilizó una técnica de observación directa de tipo A-B-C (antecedente-conducta-consecuente), observado al sujeto de estudio en su desenvolvimiento natural cotidiano, dentro de las instalaciones de la unidad hospitalaria a la cual estaba asignado con los que se logró eliminar la sujeción gentil y el uso de casco protector en el paciente.

Derivado de la observación conductual con el paciente, que de manera continua se auto agredía, requiriendo sujeción gentil y sedación, y aunado a una recomendación de la Organización de Derechos Humanos Internacionales, se

determinó realizar una intervención individual para modificar las conductas en beneficio del paciente. Para tal efecto, se realizó un análisis de las conductas disfuncionales en el sujeto de estudio, tomando en consideración lo relevante de dicho análisis con base en la literatura, ya que es esencial para diseñar las estrategias de intervención (Forteza. 2000).

Tomando como referencia las técnicas de modificación de conducta, se utilizó una técnica de observación directa de tipo A-B-C (antecedente-conducta-consecuente), observado al sujeto de estudio en su desenvolvimiento natural cotidiano, dentro de las instalaciones de la unidad hospitalaria a la cual estaba asignado. La funcionalidad se estableció a través de la regularidad de los eventos (Fernández-Ballesteros, 1983; Anguera, 1983; citado en Forteza, 2000)

#### 4.1 Antecedentes del Caso

J. C. es un paciente masculino, originario de la Cd de México, D. F. con fecha de nacimiento el día 1 de junio de 1982. No tiene antecedentes de estudios en ningún nivel, es hijo único, de madre soltera con retraso mental moderado, analfabeta, empleada doméstica, J. C. desde el año de edad, lo mantenían confinado en un cuarto o corral durante todo el día, mientras su mamá se iba a trabajar, le dejaba a la mano varios biberones de leche clavel y chocolate. El paciente era llevado al servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” desde febrero de 1988, a la edad de 6 años, por presentar problemas graves de conducta, problemas de lenguaje, problemas de aprendizaje, sin control de esfínter, con tendencia al aislamiento. Se pronostica



con reserva la posibilidad de Psicosis infantil ya que no establecía contacto visual.

En mayo de 1988, recibe atención del servicio de Consulta Externa, asistiendo 3 veces por semana para terapia conductual en atención, socialización, autocuidado y actividades lúdicas.

En octubre de 1988, se modifica manejo terapéutico aplicando programa de autoayuda, permitiendo el contacto interpersonal, sonrisa social, aceptando alimentos sólidos y líquidos, sin mejoría en cuanto a control de esfínter y lenguaje verbal.

El 24 de abril de 1989, es dado de alta del servicio de consulta externa, recibiendo tratamiento ambulatorio, siendo irregular en sus citas, recibiendo manejo psicofarmacológico.

En 1990 es diagnosticado con fenómenos paroxísticos esporádicos en región centro parietal izquierda con tendencia a generalizarse. Recibiendo manejo farmacológico.

En 1991, son más francas la descargas paroxísticas, lo datos focales son más evidentes en la región temporoparietal. Siendo hospitalizado por presentar conductas agresivas e irritabilidad, mismas que se disminuyen con manejo farmacológico.

En 1992 se reporta por el servicio de psicología del Hospital Psiquiátrico Infantil JN Navarro, que en el área adaptativa cuenta con coordinación psicomotriz, pero con dificultades para manipular objetos como la cuchara, el vaso y el plato. Que en el área de lenguaje, su nivel de desarrollo es de 6 a 11 meses, comprende al llamado de su nombre. En el área social no es capaz de lograr conductas de autocuidado incluyendo dificultad en el control de esfínter.

En 1994, a la edad de 12 años, inicia conductas autoagresivas de mayor intensidad caracterizadas por azotar su cabeza en las paredes, por lo que se indica sujeción noble para evitar que se autoagreda, generándole gritos desesperados y ansiedad.

1995, es abandonado en el Hospital Psiquiátrico Infantil JN Navarro, ya que la madre desaparece y se desconoce su paradero, en esta misma época se intensifica la autoagresión, los gritos y la ansiedad. Se diagnóstica con Retraso Mental Grave.

El 26 de octubre 1996, se realiza un informe de evaluación conductual y se reporta: contacto visual (100%), fijación visual (64.4%), seguimiento visual (100%), autoayuda de 1 a 2 años (41%), esquema corporal (0%), desarrollo motriz de 1 a 2 años (80%), socialización de 0 a 1 año (65%), lenguaje de 0 a 1 año (10%), cognición de 0 a 1 año (46%). Corroborándose el diagnóstico de Retraso Mental Grave.

De 1996 a enero de 2003, no se reportan cambios significativos en su atención durante su estancia en el Hospital Psiquiátrico Infantil J. N. Navarro, se le da seguimiento a su tratamiento farmacológico y se reportan estudios de gabinete de tipo Electroencefalograma de rutina.

El 20 de febrero de 2003, al ser mayor de edad (20 años, 7 meses) ya no puede permanecer en el Psiquiátrico Infantil y es referido al Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" de la Secretaria de Salud. Ingresa al Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" el 27 de febrero de 2003, a su ingreso se le reporta alerta, tranquilo, obedeciendo órdenes sencillas, aparentemente sin alteraciones de medicina general.

El 22 de septiembre de ese mismo año, es valorado por el servicio de Psicología, el cual refiere que J. C. es reportado por enfermería, con aumento en la frecuencia de conductas de autoagresión con evolución de tres meses. Dicho reporte de agresividad continua y en aumento, propicia que el servicio de Psicología de la unidad realice una descripción observacional de la conducta del paciente durante tres días. (23, 24, 25 de septiembre del 2003), informando lo siguiente: desde las 7:20 a.m., J.C. se encuentra profundamente dormido, con sujeción gentil, portando el casco de protección en la cabeza; 7:40 am, empieza a despertar, procediendo a desatarle y quitarle el casco y guanteras de las manos, adoptando una actitud de desconcierto, intenta golpearse con la mano izquierda la cara, sin llegar al objetivo, se le da la indicación que se levante, obedeciendo a la indicación , se le da la mano por iniciativa propia conduciéndole unos metros por el pasillo, se le ingresa al área de baño,

posteriormente se le rasura, sonrío, sale del baño y se le sienta en una silla, donde comienza a pegarse contra la pared, en la cabeza tres veces, al poner la mano sobre su cabeza deja de hacerlo. 8:22 am se golpea tres veces más, sin razón aparente, 8:35 am., se golpea cuatro veces más en los patios de la unidad, emitiendo sonidos de desagrado, 8:40 am se vuelve a golpear en dos ocasiones con la mano izquierda, accediendo a tomar sus alimentos, después se coloca tras la silla ambas manos, mostrándose renuente a comer trata de golpearse la cabeza con la mesa, se vuelve a golpear en dos ocasiones 8:50 am. se suspende el registro.

24 de septiembre, se comienza a llevar el registro a partir de las 7:20 hrs. Se encuentra J. C. en su cama sentado, con sujeción gentil de ambas manos a la cama, se procede a soltarlo, golpeándose tres veces en la cara con la mano izquierda y con la derecha se pega en dos ocasiones y otra contra la barda, 7:30 am, se pega nuevamente con ambas manos en la cara, dejándolo de hacer por momentos, 7:50 am llora, dejando de golpearse, para después llorar y colocar nuevamente sus manos atrás.

25 de septiembre. Se continua con el registro, a las 7:30 am se le encuentra dormido profundamente, sujetado de ambas manos y con el casco protector, se le desata de la mano derecha, golpeándose en dos ocasiones, agarrando el casco y colocándosele como almohada, quedándose parcialmente dormido, se procede a desatarlo de la otra mano pero sin golpearse, después intenta en varias ocasiones pegarse, emitiendo sonidos de dolor, tratando de sujetarse a las manos del psicólogo.

En 2004 se continúan presentando brotes de autoagresión, con llanto, y tendencia al aislamiento, controlado farmacológicamente sin mejoría significativa.

2005 se reporta discreta mejoría se auto agrede, se muerde, se pega con el puño la cara, se azota en la pared la cabeza, le da por sollozar y algunas veces se calma con la compañía.

Durante 2006, se informa en expediente que cursa por las noches inquieto, gritando toda la noche sobre todo cuando esta mojado, se observa en silla de ruedas, sujeto en cinco puntos utilizando vendaje gentil, en cara y portación de casco, se observa callado, somnoliento, poco reactivo, bajo la influencia de los psicofármacos, la evolución, clínica ha sido tórpida, siendo multitratado psicofarmacológicamente.

En 2009 se continua observando a J. C. con conductas de autoagresión, golpeándose la cabeza, aun teniendo el casco, grita, llora, demandante de atención y cuando no la obtiene se azota la cabeza en la pared.

En el periodo de 2010, J. C. continua con dificultades en el control de sus conductas autoagresivas, a pesar de que se le han instalado varios esquemas farmacológicos se muestra con ansiedad, irritabilidad, llanto inmotivado. Se le observa en esta unidad hospitalaria deambulando por los patios de la unidad, con sujeción de ambos brazos, autoagrediendo cuando se le suelta y se queda solo.

J.C. En las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) es dependiente del personal de enfermería y supervisado porque en cualquier descuido él azota su cabeza contra la pared o barda. En La actividad de hábitos de alimentación es asistido por tener ambas manos sujetas. Cuando se le retira la sujeción de ambas manos, puede hacer uso correcto de la cuchara y puede comer por si solo siguiendo indicaciones, J.C. demanda la atención a que alguien esté cerca de él dirigiéndole la mano para que coma, si uno se aleja, comienza agitarse y auto agredirse, se observa que es poco tolerante a las actividades propias de la unidad.

En el 2011-2012 se retoma el caso de J.C. derivado de la recomendación de la visita de Derechos Humanos Internacional en (DRI), por lo que se implementa un programa de modificación de conducta con técnicas de intervención psicológica para mejorar el comportamiento de J.C. de manera que desarrolle sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, para una mejor calidad de vida.

#### 4.2 Programa De Modificación Conductual

Se implementó un programa de modificación de conducta, con el objetivo de eliminar las manifestaciones comportamentales disruptivas (golpearse la cabeza con un objeto duro, golpearse la cara con el puño, gritar, llorar, etc.) que estaban afectando la integridad física del paciente, por el exceso de autoagresiones, favoreciendo la presencia de conductas adaptativas contribuyendo a un estado de bienestar.

#### 4.2.1 Definición operacional de variables

La definición operacional de la variable, se refiere a un proceso mediante el cual se transforma la variable de conceptos abstractos a términos concretos, observables y medibles, es decir, dimensiones e indicadores. (Arias, 2006).

Las variables en observación fueron las siguientes (ver cuadro 4 anexo):

**Golpearse la cabeza con algún objeto duro:** Se refiere a las conductas emitidas por el paciente que se generan de un impulso fuerte de su cabeza hacia objetos duros, fijos o no, que le causan una lesión.

**Golpearse la cara con el puño:** Se refiere a las conductas de autoagresión que emite el paciente desplazando con fuerza su puño cerrado hacia su cara para golpearse.

**Llorar:** Se registra cuando el paciente se queja y derrama lágrimas de los ojos de manera continua.

**Gritar:** Se refiere a la elevación de tono de voz en forma extrema con sonidos guturales.

**Portación de casco protector:** Se refiere al uso de casco protector en la cabeza, de un diseño específico para el paciente, cuya función la protección de

la cabeza y evitar las lesiones por caída de su propia altura o autolesiones generadas de las autoagresiones que se produce.

Sujeción gentil de miembros inferiores: Es una medida de contención conductual que consiste en que el paciente tiene las manos atadas por detrás con su sudadera, uniendo la sudadera con cinta adhesiva a nivel de los puños y del antebrazo.

#### 4.2.2 línea base

Se realizó un registro observacional del paciente en estudio durante un periodo de tres meses. El registro se hizo diariamente (de lunes a viernes) durante 3 horas aproximadamente (de 9:00 am a 12:00 am). Por lo que el máximo de días de registro fue de 60 días (20 días al mes x 3 meses)

El registro de la línea base se realizó con la técnica de paloteo, se diseñó una hoja específica de registro de frecuencia de eventos (Hoja de Registro Conductual) que incluye las conductas ya definidas operacionalmente, agregando la variable de paseo terapéutico. (ver figura 1 en anexos)

#### 4.2.3. Diseño De Intervención

Se utiliza un diseño de caso único, en el que se describe de manera detallada los cambios en la conducta de un solo paciente (caso: J.C.), se realiza con intervención de variables conductuales tipo A – B.



A se refiere a la línea base, con un registro diario durante 3 meses.

B se refiere a las variables utilizadas para la modificación de conductas objetivo, mismas que se describen a continuación (ver cuadro 5 en anexos)

Paseo Terapéutico: Consistió en salir de la unidad de hospitalización en la que se encuentra el paciente cotidianamente y caminar alrededor de las instalaciones del hospital durante al menos una hora.

Cambiar la posición de la sujeción gentil hacia el frente del paciente: Durante la caminata las manos atadas por delante con su sudadera, uniendo la sudadera con cinta adhesiva a nivel de los puños y a nivel del antebrazo.

Caminado cerca del paciente tomándolo de ambas manos: Se le toma al paciente por la parte del frente de la sujeción por ambas manos durante la caminata

Caminado cerca del paciente sin tomarlo de las manos: Se camina a una distancia de un metro por detrás del paciente, el estando sujeto por la parte del frente de la sujeción por ambas manos durante la caminata.

Retiro de casco protector: Se le retira el casco protector durante la caminata de una hora.

Retiro de sujeción gentil de miembros superiores: Se le retira la sujeción dejando ambas manos libres por un periodo de 5 a 10 minutos.

Sustitución de casco por objetos semejantes durante la caminata: Al retirarle el casco durante la caminata se le proporcionaba otro objeto semejante (pelota, peluche, u otros)

#### 4.2.4. Aplicación del Programa de Modificación de Conducta

Actividad: Paseo terapéutico.

Procedimiento: Se realizan caminatas de 1 hora aproximadamente, alrededor del hospital, con el paciente, todos los días durante 6 meses, inicialmente se caminaba por lugares alejados de objetos en lo que el paciente pudiera golpearse, el paciente caminaba rápido y gradualmente se fue acoplando a un ritmo lento sin jalar a la terapeuta. Logrando realizar una marcha lenta caminando ambos de manera simultánea. Posteriormente (cuatro meses después) se camina en zonas con objetos cercanos.

Actividad: Cambiar la posición de la sujeción gentil hacia el frente del paciente.

Procedimiento: Antes de iniciar las caminatas diarias, se le cambiaba la posición de la sujeción hacia el frente, dejándole un poco de libertad en el movimiento de sus manos, retirándole la cinta adhesiva en los puntos de sujeción de las muñecas y de los brazos. Dejándole solamente la sujeción de la sudadera a la altura de las manos.

Actividad: Caminado cerca del paciente tomándolo de ambas manos.

Procedimiento: Durante la caminata se le tomaba por ambas manos en la parte frontal de la sujeción de la sudadera, como jalándolo suavemente. Inicialmente el paciente jalaba con mucha fuerza al terapeuta y se le fue gradualmente indicando que no jalara, logrando que caminara al ritmo pausado de la terapeuta

Actividad: Caminado cerca del paciente sin tomarlo de las manos.

Procedimiento: Después de tres meses de caminar junto al paciente tomándolo de la mano, se le deja de tomar de las manos y se comienza a caminar cerca de él, a una distancia aproximada de un metro por detrás del paciente.

Actividad: Retiro de casco protector.

Procedimiento: A los tres meses de las caminatas se le retira el casco durante la hora en que se está caminando, permitiendo que el paciente lleve el casco abrazado a un lado de él.

Actividad: Retiro de sujeción gentil de miembros superiores.

Procedimiento: a los tres meses de iniciadas las caminatas se decide retirar la sujeción gentil, y se camina junto al paciente sin tomarlo de las manos y sin casco.

Actividad: Sustitución de casco por objetos semejantes durante la caminata.

Procedimiento: de manera gradual se alternaba el llevar su casco en las manos y al cuarto mes se le sustituye el casco por un objeto semejante.

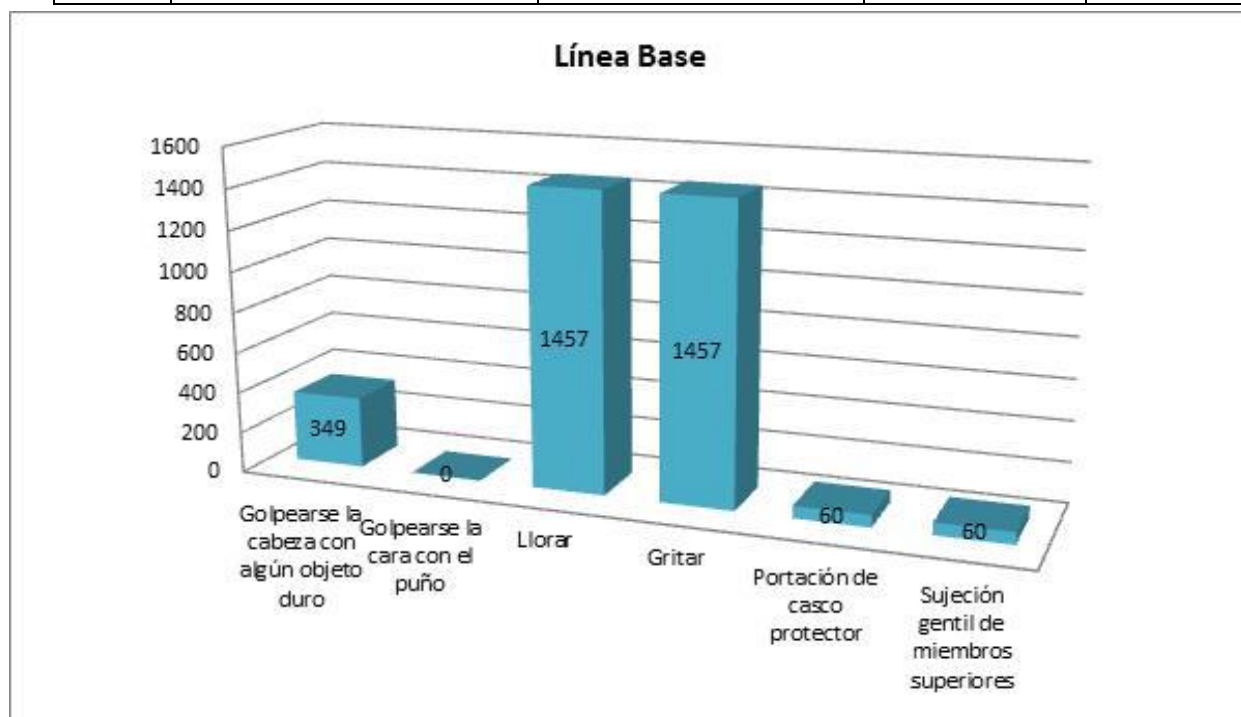
Se utilizó la misma hoja de registro, en fase de intervención para comparar las variantes en las frecuencias de aparición de las conductas objetivo para extinguir. (ver figura 2 en anexo)

## Resultados

Se realiza el análisis de resultados, describiendo la línea base de registro de conductas objetivo (60 días de registros), comparando los resultados de la implementación de un modelo de modificación de conducta (durante 120 días de registro con manejo de variables), mostrando registros como evidencia de los cambios de conducta logrados, pasando de conductas disruptivas a conductas adaptativas funcionales de beneficio para el paciente. Se revisan las gráficas que muestran la tendencia del cambio favorable en el paciente como resultado de la modificación de conducta.

Se realizó un registro de la frecuencia (con técnica de paloteo) de aparición de las conductas objetivo, como parte de la línea base, durante 3 meses en días y horas hábiles, acumulando un total de 60 días de registros (de lunes a viernes en el turno matutino de 7 de mañana a 3 de la tarde), tal como se describió en el capítulo anterior, mostrando los resultados de la línea base, como se registra en el cuadro siguiente (Ver concentrado de frecuencias registradas en anexos):

Folio	Variable (conductas objetivo)	Definición operacional	Unidad de medida	Total
1	Golpearse la cabeza con algún objeto duro	Impulsa fuerte su cabeza hacia un objeto duro y se lesiona.	Frecuencia	349
2	Golpearse la cara con el puño	Con el puño cerrado se golpea el rostro	Frecuencia	0
3	Llorar	Derramar lágrimas y se queja	Frecuencia	1457
4	Gritar	Elevación del tono de voz en forma extrema con sonidos guturales	Frecuencia	1457
5	Portación de casco protector	Uso de casco protector en la cabeza	Frecuencia	60
6	Sujeción gentil de miembros superiores	Las manos atadas por detrás con su sudadera, uniendo la sudadera con cinta adhesiva a nivel de los puños y a nivel del antebrazo.	Frecuencia	60

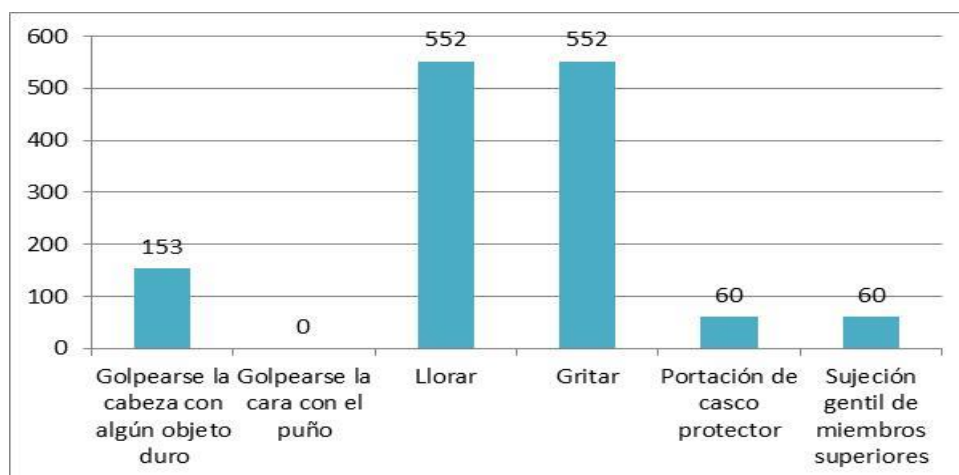


El gráfico muestra la frecuencia de aparición de las conductas objetivo, sin intervención de variables, siendo evidente la tendencia al llanto y a los gritos, así como la presencia de conductas autoagresivas como el golpearse la cabeza con algún objeto fijo, en esta fase el sujeto en estudio portaba el casco protector y estaba con sujeción gentil, el registro se realiza durante 60 días.

Los resultados de la modificación de conducta al implementar los cambios, con manejo de variables conductuales durante 6 meses, son los siguientes:

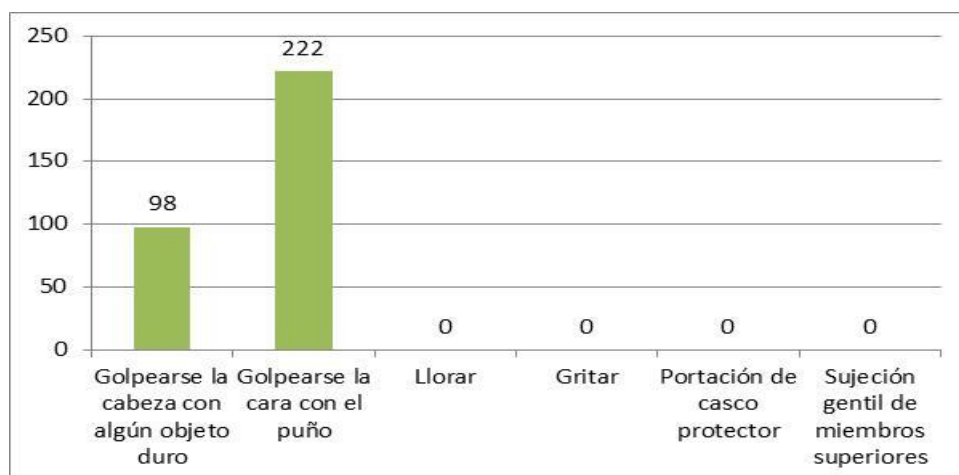
Folio	Variable (conductas objetivo)	Definición operacional	Unidad de medida	Total
1	Golpearse la cabeza con algún objeto duro	Impulsa fuerte su cabeza hacia un objeto duro y se lesiona.	Frecuencia	251
2	Golpearse la cara con el puño	Con el puño cerrado se golpea el rostro	Frecuencia	222
3	Llorar	Derramar lágrimas y se queja	Frecuencia	552
4	Gritar	Elevación del tono de voz en forma extrema con sonidos guturales	Frecuencia	552
5	Portación de casco protector	Uso de casco protector en la cabeza	Frecuencia	60
6	Sujeción gentil de miembros superiores	Las manos atadas por detrás con su sudadera, uniendo la sudadera con cinta adhesiva a nivel de los puños y a nivel del antebrazo.	Frecuencia	60

### Frecuencia de conductas al implementar los cambios (1ros 3 MESES)



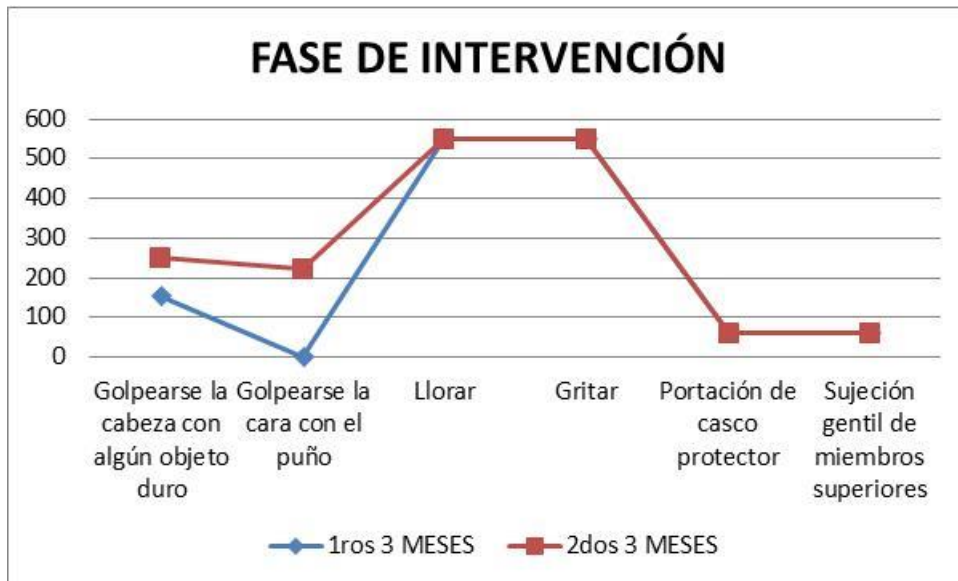
El gráfico muestra la frecuencia de aparición de las conductas objetivo, con intervención de variables en los primeros 3 meses, siendo evidente la disminución del llanto y los gritos, así como la disminución de conductas autoagresivas como el golpearse la cabeza con algún objeto fijo, en esta fase el sujeto en estudio portaba el casco protector y estaba con sujeción gentil, el registro se realiza durante 60 días.

### Frecuencia de conductas al implementar los cambios (2dos 3 MESES)



El gráfico muestra la frecuencia de aparición de las conductas objetivo, con intervención de variables en los siguientes 3 meses, siendo evidente la disminución de la frecuencia de aparición de las variables en estudio, desaparece el llanto y los gritos, disminuyen conductas autoagresivas como el golpearse la cabeza con algún objeto fijo y con puño, en esta fase el sujeto en estudio deja de usar el casco protector, sustituyéndolo por otros objetos semejantes y se le retira la sujeción gentil, el registro se realiza durante 60 días.

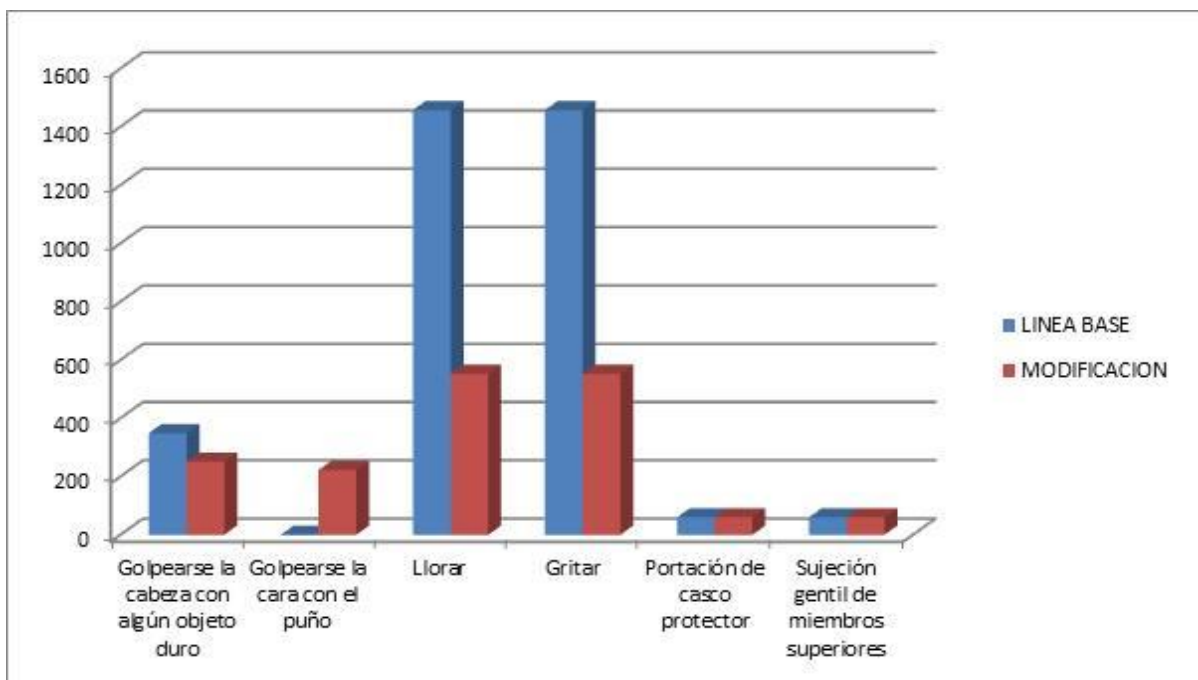




El gráfico muestra la frecuencia de aparición de las conductas objetivo, con intervención de variables durante 6 meses, siendo evidente la disminución del llanto y los gritos, así como la presencia de conductas autoagresivas como el golpearse la cabeza con algún objeto fijo o duro, se le inicia con retiro de sujeción de manos, se le retira el uso de casco protector, y disminuye la tendencia a golpearse la cara con el puño, el registro se realiza durante 120 días

Ver concentrado de frecuencias registradas en anexos

Variaciones de la conducta objetivo, derivadas de la implementación de cambios conductuales para beneficio del paciente en estudio (caso J. C.)



## Discusión

Como se aprecia en los resultados, en el sujeto en estudio a partir de la implementación del Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), en este procedimiento donde el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el individuo con la excepción de la conducta inapropiada que se quiere eliminar. En este caso se refuerza la ausencia de la conducta inapropiada durante un período determinado de tiempo.

Podemos decir que los programas de modificación conductual. Como se refiere en la teoría, la conducta que se trata de eliminar se pone bajo extinción, mientras se refuerza cualquier otra conducta alternativa la desaparición de conductas, tal como fueron aplicadas en el caso de J.C. al momento en que se realizaban las caminatas con el sujeto, como una variable conductual, en la que gradualmente se le fue cambiando la posición de la sujeción gentil de atrás hacia adelante, y en la medida en que se le proporcionaron objetos que ocuparan sus manos, se fue dando una disminución importante de las autoagresiones. Llegando a la extinción total de las conductas autoagresivas, siendo que actualmente el sujeto en estudio (J. C.) realizará caminatas cortas dentro del hospital y ya no requiriendo de uso de casco protector ni de la sujeción gentil de sus manos.

De igual manera disminuyo en forma muy importante el llanto y los gritos. Por lo que se considera que las técnicas de modificación de conducta son benéficas para el tratamiento de pacientes con retraso mental, así como las

repercusiones que se pueden tener en un paciente al ser multitratado por presentar conductas de autoagresión no llevando a cabo los programas de modificación conductual en casos de retraso mental, y muy importante dejar las evidencias escritas para que se pueda continuar o implementar como fue en este caso donde en el 2003, se comenzó una línea base pero no se le dio continuidad solo se registró el periodo de observación. Donde ya se planteaban las conductas a modificar y se plantea la importancia de dejar evidencia escrita de las intervenciones que se le puede realizar al paciente.

Los programas de modificación conductual. Llevándose a cabo de manera continua y siendo bien aplicados y registrados dan evidencia de que se puede extinguir o cambiar una conducta desadaptativa por una conducta adaptativa a su medio y en beneficio del mismo paciente.

## Conclusiones

Las técnicas de modificación de conducta dan buenos resultados en el tratamiento de pacientes con retraso mental profundo. En el caso de J. C. la modificación conductual implementada logró cambios significativos en su conducta, incorporando aprendizajes para beneficio de sí mismo, al disminuir comportamientos autoagresivos. La modificación de conducta forma parte de los abordajes cotidianos en la institución, sin embargo no se han realizado registros ni se dejan evidencias con una base metodológica, para fundamentar los alcances de dichas técnicas, es por ello el presente programa de modificación conductual en un caso de retraso mental, deja evidencias con registros de los alcances positivos y de las modificaciones conductuales que se pueden lograr para beneficios de los pacientes con retraso mental. Como ha sido el caso J.C., sujeto de este reporte, con el que se definió un objetivo claro de modificación de conducta para obtener resultados benéficos logrando extinguir conductas inapropiadas y reactivando conductas adaptativas.

## **Bibliografía**

Aguado, D. A. L. (1995). Historia de las deficiencias. Madrid. Ed. Escuela Libre

Anguita, G. J. M. (2010). Modificación de Conducta. Rev. Dig. Innovación y experiencias educativas. 35, 1 -12

Ardilla, R (1990) ¿Qué es la síntesis experimental del comportamiento? Rev. Anuario De Psicología. 45, 101 – 107. Facultad de Psicología. Universidad De Barcelona.

Arias, F. (2006). El proyecto de investigación. Caracas. Ed. Episteme. P. 63

Barragán, V. C. (2014) Programa de Rehabilitación Psicosocial. Manuscrito no publicado. México. Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno. Secretaria de Salud.

Calderón N. G. (2002). Las Enfermedades Mentales en México. desde los Mexicas Hasta El Final Del Milenio. México. Ed. Trillas.

CIE-10 OMS. (2014) Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud, Decima Revisión

De La Fuente, R. (1989), Psiquiatría. En Soberón, G., Kumate, J., Laguna, J. (Comps.) La Salud En México. Testimonios 1988. Especialidades Médicas

En México. Pasado, Presente Y Futuro. México, Fondo De Cultura Económica, Tomo IV (1), P. 441. Véase También Buentello, E. (1936), Orígenes Y Estado Actual Del Manicomio De La Castañeda, Asistencia. Publicación Mensual De La Beneficencia Pública En El Distrito Federal, 3.

Disability Rights International (DRI). 20011. Abandonados Y Desaparecidos. Segregación Y Abuso De Niños Y Adultos Con Discapacidad En México. México. Comisión Mexicana De Defensa Y Promoción De Los Derechos Humanos. 2011.

DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA) España, (DIAZ, 1995) (2007) Ed. Massón.

Escandón C. R. (2000). ¿Qué Es Salud Mental? (Un Panorama De La Salud Mental En México). En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) Salud Mental, Sociedad Contemporánea. Universidad Autónoma Del Estado De México. México 2000. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17

Labrador, [F.J](#) (2004). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. España. Pirámide. (págs. 910)

Fajardo O. G. (2003) Del Hospital De Jesús A Institutos, Centros Médicos Y Albergues. Historia De Los Hospitales De La Ciudad De México. 1521 – 2003. México. Editado Por Glaxo Smith Kline. 2003, P. 45 – 7.

Forteza, Sebastian, B. & M. Vara Cifre. (2000). Dos formas de presentar los resultados del análisis funcional de las conductas problema. *Psicothema*

Gamez, M. C. (1997). La Mision del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno a 30 Años de su Fundación. (R. C. Roman, Ed.) *YOLIXTLI*, I (0), 14.

Gregory, R. J. (2001) *Evaluación Psicológica: Historia, Principios y aplicaciones*. México: Manual Moderno;

Morales, M. L. (2000) *Psicometría Aplicada*. México. Trillas.

Nunnally, J. C. (1991) *Teoría Psicométrica*. México: Trillas.

Brown, G. F (2000). *Principios de la medición en psicología y educación*. México. Manual Moderno

Grossman, H.J. (1983). *Classification in Mental Retardation*. (3rd Rev.). Washington, D.C.: American Association on Mental Deficiency. (Citado en Verdugo, M.A. (1994). El Cambio De Paradigma En La Concepción Del Retraso Mental: La Nueva Definición De La AAMR. *Siglo Cero*, 25 (5), 5-24.)

Grossman, H.J. (Ed.) (1973). Manual on Terminology and Classification In Mental Retardation. Washington, D.C.: American Association On Mental Deficiency. (Citado En;: Verdugo, M.A. (1994). El Cambio De Paradigma En La Concepción Del Retraso Mental: La Nueva Definición De La AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24.)

Heber, R. (1959). A Manual On Terminology And Classification In Mental Retardation. American Jornal Of Mental Deficiency, 65, 499-500. (Citado En;: Verdugo, M.A. (1994). El Cambio De Paradigma En La Concepción Del Retraso Mental: La Nueva Definición De La AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24.)

Heber, R. (1961). Modifications in the Manual on Terminology and Classification In mental Retardation. American Journal Of Mental Deficiency, 56, Monograph Supplement (Rev.). (Citado En;: Verdugo, M.A. (1994). El Cambio De Paradigma En La Concepción Del Retraso Mental: La Nueva Definición De La AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24.)

Landesman, S. & Ramey, C. (1989) Developmental Psychology and Mental Retardation: Integrating Scientific Principles with Treatment Practices. American Psychologist, 44,409-415. (Citado En: Verdugo, M.A. (1994). El Cambio De Paradigma En La Concepción Del Retraso Mental: La Nueva Definición De La AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24.)



Luckasson, R., Coulte, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., Spitalnik, D.M. & Stark, J.A. (1992). Mental Retardation: Definition, Classification, And Systems Of Supports. Washington, D.C.: Autor (Citado En;: Verdugo, M.A. (1994). El Cambio De Paradigma En La Concepción Del Retraso Mental: La Nueva Definición De La AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24.)

[www.csi-f.es/.../revista-digital-innovacion-y-experiencias-educativas](http://www.csi-f.es/.../revista-digital-innovacion-y-experiencias-educativas)

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y Cols. (2002). Mental Retardation. Definition, Classification And Systems Of Supports (10th Ed.).Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducción Al Castellano De M.A.VerdugoYC. Jenaro (En Prensa). Madrid: Alianza Editorial]. (Citado En: Verdugo, A. M. A. (2002). Análisis De La Definición De Discapacidad Intelectual De La Asociación Americana Sobre Retraso Mental De 2002. España. Instituto Universitario De Integración En La Comunidad. Universidad De Salamanca)

Medina M, Ma. E.Y J. Villatoro. La Epidemiología De La Salud Mental En México. Boletín Especial De Salud Mental. Resumen Del Trabajo “La Salud Mental En México. Retos Y Perspectivas”. Epidemiología Y Ciencias Sociales Del Instituto Nacional De Psiquiatría (INP).  
<http://www.Conadic.Gob.Mx/Doctos/Epidsm.Htm>.

Norma Oficial Mexicana NOM - 025 - SSA2 – 1994. Diario Oficial de la Federación

Ospina A., C. F. (2004) Implementación De Un Programa De Economía De Fichas Basado En La Recreación Para El Manejo Del Trastorno Deficitario De La Atención Con Hiperactividad (TDAH) En Niños Y Niñas Con Discapacidad Intelectual De La Fundación CindesDe Pereira. Disponible EnLínea:[Http://Www.Redcreacion.Org/Documentos/Simposio3vg/Cospina.Html](http://www.Redcreacion.Org/Documentos/Simposio3vg/Cospina.Html)

OPS, 2004. Organización Panamericana De La Salud. Evaluación De Servicios De Salud Mental En La República Mexicana. 2004. Pag. 30

Ramírez M. S. (1950), La Asistencia Psiquiátrica En México, México, Secretaría De Salubridad. Y Asistencia, P. 27. Véase También Ramírez Moreno, S. (1946), Anexos Psiquiátricos En Los Hospitales Generales, Revista Mexicana De Psiquiatría, Neurología Y Medicina Legal, 13 (75-76), Pp. 15-35.

Sacristán, C. (2005). Historiografía De La Locura Y De La Psiquiatría En México. De La Hagiografía A La Historia Posmoderna. México. Rev. De Historia. FRENIA, Vol. V – 1 – 2005.

Sacristán, C. (2010). La Contribución De La Castañeda A La Profesionalización De La Psiquiatría Mexicana, 1910-1968. Rev. Salud Mental. Vol. 33. No. 6, Noviembre

Salas, T. M. (1997). Programa De Rehabilitación Psicosocial En Pacientes Neuropsiquiatricos Con Retraso Mental Profundo. Yolixtli, Vol. 1 Nom. 0 , 20.

Sandoval De E. J. M., Richard Muñoz, María Paz. (2007). La Salud Mental En México. México. Servicio De Investigación Y Análisis, División De Política Social. (DPS-ISS 03 05)

Sandoval de E, J. M. (2004). La Obra Legislativa de la LIX Legislatura. 2do. Año, 1er periodo, 1ª parte. División de Política Social. Servicio de Investigación y Análisis, Dirección General de Bibliotecas. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. DPS ICS 84, Oct 2004.

Secretaria De Salud. (2008). Programa De Acción Específico 2007 – 2012, Atención En Salud Mental, México, 2008.

Verdugo, M.A. (1994). El Cambio De Paradigma En La Concepción Del Retraso Mental: La Nueva Definición De La AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24.

Verdugo, A. M. A. (2002). Análisis De La Definición De Discapacidad Intelectual De La Asociación Americana Sobre Retraso Mental De 2002. España.

Instituto Universitario De Integración En La Comunidad. Universidad De Salamanca

Vergara, J. (2002). Marco histórico de la Educación Especial. Revista ESE. No. 002. De la UNED. Madrid.

Wodrich, D.L. (1986). The Terminology and Purposes of Assessment. en Wodrich, D.L. Y Joy, J.E. (Eds.) (1986) Multidisciplinary Assessment of Children With Learning Disabilities And Mental Retardation. Baltimore, Maryland: P.H. Brookes. (Citado En: Verdugo, M.A. (1994). El Cambio De Paradigma En La Concepción Del Retraso Mental: La Nueva Definición De La AAMR. Siglo Cero, 25 (5), 5-24

## Anexos

Cuadro 1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta  
en zonas urbanas en 1994. México

Trastorno	Hombres %	Mujeres %	Total % [promediado y ajustado]
1. Depresión	4.9	9.7	7.3
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.65
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.9
4. Probables trastornos límitrofes	1.6	0.8	1.2
5. Trastorno obsesivo	1.6	3	2.3
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.05
7. Manía	0.3	0.2	0.25
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.65
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.65
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	0.95

Fuente: Caraveo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México.

Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994

**Cuadro 2. El proceso de tres pasos: Diagnóstico, Clasificación y Sistemas de Apoyo**

<p>Dimensión I: Funcionamiento Intelectual y Habilidades Adaptativas</p>	<p>PRIMER PASO. Diagnóstico del Retraso Mental. Determinar su selección para recibir los apoyos necesarios Se diagnostica retraso mental si:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- El funcionamiento intelectual del individuo es aproximadamente de 70 a 75 o inferior.</li> <li>2- Existen discapacidades significativas en dos o más áreas de habilidades adaptativas.</li> <li>3- La edad de comienzo es inferior a los 18 años.</li> </ol>
<p>Dimensión II: Consideraciones Psicológicas/Emocionales</p>	<p>SEGUNDO PASO. Clasificación y Descripción. Identificar los puntos fuertes y débiles, así como la necesidad de apoyos.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Describir los puntos fuertes y débiles del individuo en relación a los aspectos psicológicos /emocionales.</li> <li>2- Describir el estado general físico y de salud del sujeto e indicar la etiología de su discapacidad.</li> <li>3- Describir el entorno habitual del sujeto y el ambiente óptimo que podría facilitar su continuo crecimiento y desarrollo.</li> </ol>
<p>Dimensión III: Consideraciones físicas/Salud/etiológicas</p> <p>Dimensión IV: Consideraciones ambientales</p>	<p>TERCER PASO. Perfil e intensidad de los apoyos necesarios. Identificación de los apoyos necesarios. Identificar el tipo y la intensidad de los apoyos necesarios en cada una de las cuatro dimensiones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Dimensión I: Funcionamiento intelectual y habilidades adaptativas</li> <li>2- Dimensión II: Consideraciones Psicológicas/Emocionales.</li> <li>3- Dimensión III: Consideraciones Físicas/ de Salud /Etiológicas.</li> <li>4- Dimensión IV: Consideraciones sobre el entorno.</li> </ol>

**Cuadro 3. Estructura de evaluación de la discapacidad intelectual (Luckasson & cols., 2002, Citado en Verdugo, 2002)**

FUNCIÓN	PROPOSITOS	MEDIDAS Y HERRAMIENTAS	CONSIDERACIONES DE EVALUACIÓN
DIAGNÓSTICO	Establecer la elegibilidad: · Servicios · Prestaciones · Protección Legal	- Test de CI - Escala de conducta Adaptativa - Edad de aparición Documentada	Correspondencia entre medidas y propósito Características psicométricas de las medidas elegidas Adecuación para la persona (grupo de edad, cultural, lengua materna, medio de comunicación, género, limitaciones sensorio-motoras) Cualificación del examinador Características del examinador y sesgo potencial Consistencia con estándares y prácticas profesionales Selección de los informadores Contexto y ambientes relevantes Roles sociales, participación e interacciones Oportunidades / experiencias Historia clínica y social Factores físicos y mentales Conducta en situación de evaluación Metas personales Input del equipo
CLASIFICACIÓN	Agrupamiento para: - Reembolso o financiación de servicios - Investigación - Servicios - Comunicación sobre las características seleccionadas	Escalas de intensidad de apoyo Rangos o niveles de CI Categorías de educación especial Evaluaciones ambientales Sistemas de factores riesgo etiología Niveles de conducta adaptativa Medidas de salud mental Niveles de financiación Categorías de prestaciones	
PLANIFICACION DE APOYOS	Mejora de los resultados personales: - Independencia - Relaciones - Contribuciones - Participación escolar y comunitaria - Bienestar Personal	Herramientas de planificación centrada en la persona Apreciación personal (propia) Medida de evaluación de las condiciones objetivas de vida Escalas de intensidad de apoyos Elementos del plan individual requerido (PISF, PEI, PIT, PPI, PIH)	

Nota: PISF = Plan Individual de Servicio Familiar; PEI = Programa Educativo Individual; PIT = Plan Individual de Transición; PPI = Plan de Programa Individualizado; PIH = Plan Individualizado de Habilitación.

<sup>a</sup> Evaluaciones requeridas para establecer el diagnóstico de retraso mental.

**Cuadro 4. Definición operacional de variables.**

<b>Folio</b>	<b>Variable (conductas objetivo)</b>	<b>Definición operacional (concepto)</b>	<b>Unidad de medida (indicador)</b>	<b>Tipo de registro (escala - dicotómica)</b>
1	Golpearse la cabeza con algún objeto duro	Impulsa fuerte su cabeza hacia un objeto duro y se lesiona.	Frecuencia	Si/No
2	Golpearse la cara con el puño	Con el puño cerrado se golpea el rostro	Frecuencia	Si/No
3	Llorar	Derramar lágrimas y se queja	Frecuencia	Si/No
4	Gritar	Elevación del tono de voz en forma extrema con sonidos guturales	Frecuencia	Si/No
5	Portación de casco protector	Uso de casco protector en la cabeza	Frecuencia	Si/No
6	Sujeción gentil de miembros superiores	Las manos atadas por detrás con su sudadera, uniendo la sudadera con cinta adhesiva a nivel de los puños y a nivel del antebrazo.	Frecuencia	Si/No



**Cuadro 5. Definición de variables independientes**

<b>Folio</b>	<b>Variable Independiente</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Tipo de registro (dicotómico)</b>
1	Paseo terapéutico	Salir de la unidad a caminar alrededor del hospital durante 1 hora	Frecuencia	Si/No
2	Cambiar la posición de la sujeción gentil hacia el frente del paciente	Durante la caminata las manos atadas por delante con su sudadera, uniendo la sudadera con cinta adhesiva a nivel de los puños y a nivel del antebrazo.	Frecuencia	Si/No
3	Caminado cerca del paciente tomándolo de ambas manos	Se le toma al paciente por la parte del frente de la sujeción por ambas manos durante la caminata	Frecuencia	Si/No
4	Caminado cerca del paciente sin tomarlo de las manos	Se camina a una distancia de un metro por detrás del paciente, el estando sujeto por la parte del frente de la sujeción por ambas manos durante la caminata	Frecuencia	Si/No
5	Retiro de casco protector	Se le retira el casco protector durante la caminata de una hora	Frecuencia	Si/No
6	Retiro de sujeción gentil de miembros superiores	Se le retira la sujeción dejando ambas manos libres por un periodo de 5 a 10 minutos	Frecuencia	Si/No
7	Sustitución de casco por objetos semejantes durante la caminata	Al retirarle el casco durante la caminata se le proporcionaba otro objeto semejante (pelota, peluche, u otros)	frecuencia	Si/No

Figura 1. Hoja de registro de línea base

<b>HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO", S. S.</b> <b>SERVICIO DE PSICOLOGIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL</b>							
<b>HOJA DE REGISTRO CONDUCTUAL</b>							
NOMBRE:						EDAD:	
DIAGNOSTICO:						FECHA:	
TIPO DE REGISTRO:		(EVENTO)	(DURACION)	(LATENCIA)	(INTERVALO)		
LINEA BASE							
NO.	CONDUCTA	HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1	PASEO TERAPEUTICO	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
2	GOLPEARSE LA CABEZA CON ALGUN OBJETO DURA	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
3	GOLPEARSE LA CARA CON EL PUÑO	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
4	LLORAR	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
5	GRITAR	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
6	PORTACIÓN DE CASCO PROTECTOR	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
7	SUGECION GENTIL DE MIEMBROS SUPERIORES	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
OBSERVACIONES							

Figura 2. Hoja de registro conductual

HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO", S. S.							
SERVICIO DE PSICOLOGIA Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL							
HOJA DE REGISTRO CONDUCTUAL							
NOMBRE:					EDAD:		
DIAGNOSTICO:					FECHA:		
TIPO DE REGISTRO:			(EVENTO)	(DURACION)	(LATENCIA)	(INTERVALO)	
FASE: MODIFICACION DE CONDUCTA							
NO.	CONDUCTA	HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1	PASEO TERAPEUTICO	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
2	GOLPEARSE LA CABEZA CON ALGUN OBJETO DURA	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
3	GOLPEARSE LA CARA CON EL PUÑO	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
4	LLORAR	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
5	GRITAR	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
6	PORTACIÓN DE CASCO PROTECTOR	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
7	SUGECION GENTIL DE MIEMBROS SUPERIORES	9:00 - 10:00					
		10:00 - 11:00					
		11:00 - 12:00					
OBSERVACIONES							

1. Concentrado de frecuencia de conductas objetivo registradas en la etapa de línea base.

Folio	Variable	D001	D002	D003	D004	D005	D006	D007	D008	D009	D010	D011	D012	D013	D014	D015	D016	D017	D018	D019	D020	D021	D022	D023	D024	D025	D026	D027	D028	D029	D030	
1	Génesis tabacocon algún objeto duro	0	0	0	0	0	7	6	7	0	0	0	7	6	7	0	0	0	7	6	7	7	7	7	6	6	6	0	0	0	4	
2	Génesis tabacocon el pufo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
3	Uover	20	20	21	20	20	20	21	24	20	20	20	21	21	21	20	24	24	26	26	26	23	24	20	21	21	22	21	21	21		
4	Sitar	21	20	21	20	20	20	21	24	20	20	20	21	21	21	20	24	24	26	26	26	23	24	20	21	21	22	21	21	21		
5	Participación con el profesor	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
6	Sujeción genérica miembros superiores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
Folio	Variable	D031	D032	D033	D034	D035	D036	D037	D038	D039	D040	D041	D042	D043	D044	D045	D046	D047	D048	D049	D050	D051	D052	D053	D054	D055	D056	D057	D058	D059	D060	TOTAL
1	Génesis tabacocon algún objeto duro	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	18	
2	Génesis tabacocon el pufo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	Uover	21	20	21	21	21	21	21	25	21	21	21	21	21	21	27	25	28	27	25	24	24	24	24	24	24	24	24	25	25	25	407
4	Sitar	21	20	21	21	21	21	21	25	21	21	21	21	21	21	27	25	28	27	25	24	24	24	24	24	24	24	24	25	25	25	407
5	Participación con el profesor	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	60	
6	Sujeción genérica miembros superiores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	60	

2. Concentrado de registro de los primeros 3 meses (60 días) con manejo de variables

Folio	Variable	0001	0002	0003	0004	0005	0006	0007	0008	0009	0010	0011	0012	0013	0014	0015	0016	0017	0018	0019	0020	0021	0022	0023	0024	0025	0026	0027	0028	0029	0030	
1	Gobierno de casas con sign objetivo	2	3	3	3	2	3	4	2	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	
2	Gobierno de casas con sign conefufo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
3	Lote	23	23	23	23	20	15	15	15	15	14	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	14	14	15	15	15	15	15	15	
4	Site	25	25	23	25	20	15	15	15	14	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	14	14	15	15	15	15	15	15	
5	Porción de casapropia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	Sucesiones miembros superiores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Folio	Variable	0031	0032	0033	0034	0035	0036	0037	0038	0039	0040	0041	0042	0043	0044	0045	0046	0047	0048	0049	0050	0051	0052	0053	0054	0055	0056	0057	0058	0059	0060	TOTAL
1	Gobierno de casas con sign objetivo	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	1	1	153
2	Gobierno de casas con sign conefufo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Lote	10	9	9	9	9	7	7	7	7	6	6	6	6	6	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	552
4	Site	10	9	9	9	9	7	7	7	7	6	6	6	6	6	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	552
5	Porción de casapropia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	60
6	Sucesiones miembros superiores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	60

3. Concentrado de los siguientes 3 meses (60 días, acumulando 120 días de intervención) con manejo de variables

Folio	Variable	008	008	082	083	084	085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098	099	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120			
1	Grupos de deces con equi dentado	1	4	3	4	4	4	4	6	4	4	4	4	0	0	4	6	4	4	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	Grupos de care dentado	0	0	0	0	0	7	7	7	7	7	7	0	0	7	0	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Jorn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Grar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Rotación de desodorizador	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Sujeciones de dentado dentado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Folio	Variable	008	008	083	084	085	086	087	088	089	090	091	092	093	094	095	096	097	098	099	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	Total			
1	Grupos de deces con equi dentado	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	98	
2	Grupos de care dentado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	222	
3	Jorn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	Grar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	Rotación de desodorizador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
6	Sujeciones de dentado dentado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

4. Concentrado de frecuencia de conductas objetivo registradas en la etapa de modificación de conducta, con las variantes implementadas para dicho efecto.

Folio	Variable	D001	D002	D003	D004	D005	D006	D007	D008	D009	D010	D011	D012	D013	D014	D015	D016	D017	D018	D019	D020	D021	D022	D023	D024	D025	D026	D027	D028	D029	D030	D031	D032	D033	D034	D035	D036	D037	D038	D039	D040	
1	Golpearse la cabeza con algún objeto duro	2	3	3	3	2	3	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	
2	Golpearse la cara con el puño	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Llorar	25	25	23	26	20	18	18	15	15	14	14	10	10	10	10	12	12	12	12	10	10	10	11	11	10	10	12	10	10	10	10	10	9	9	9	9	8	7	7	7	6
4	Gritar	25	25	23	26	20	18	18	15	15	14	14	10	10	10	10	12	12	12	12	10	10	10	11	11	10	10	12	10	10	10	10	9	9	9	9	8	7	7	7	6	
5	Portación de casco protector	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
6	Sujeción gentil de miembros superiores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Folio	Variable	D041	D042	D043	D044	D045	D046	D047	D048	D049	D050	D051	D052	D053	D054	D055	D056	D057	D058	D059	D060	D061	D062	D063	D064	D065	D066	D067	D068	D069	D070	D071	D072	D073	D074	D075	D076	D077	D078	D079	D080	
1	Golpearse la cabeza con algún objeto duro	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	2	1	1	4	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	3	4	5	4	4	3	2	2	
2	Golpearse la cara con el puño	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	6	8	8	7	7	7	7	8	8	7	8	7	8	7	8	7	6	6	6	6
3	Llorar	6	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
4	Gritar	6	5	5	5	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5	Portación de casco protector	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Sujeción gentil de miembros superiores	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Folio	Variable	D081	D082	D083	D084	D085	D086	D087	D088	D089	D090	D091	D092	D093	D094	D095	D096	D097	D098	D099	D100	D101	D102	D103	D104	D105	D106	D107	D108	D109	D110	D111	D112	D113	D114	D115	D116	D117	D118	D119	D120	Total
1	Golpearse la cabeza con algún objeto duro	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	251
2	Golpearse la cara con el puño	7	6	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	222	
3	Llorar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	552
4	Gritar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	552
5	Portación de casco protector	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60
6	Sujeción gentil de miembros superiores	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60