

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA-CIEPs-
“MAYRA GUTIERREZ”**

**“MANUAL DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON RETRASO MENTAL QUE
PRESENTAN CONDUCTAS AGRESIVAS Y VIOLENTAS A TRAVÉS DE
MODIFICADORES DE CONDUCTA”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

**ROSA LUCIA CANAHUI VÁSQUEZ
ANA JULIA BENDFELDT MALDONADO**

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS**

GUATEMALA, AGOSTO DE 2012



**CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

**DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO**

**LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO**

**JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM -

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 283-2011

DIR. 1,542-2012

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

01 de agosto de 2012

Estudiantes

Rosa Lucia Canahui Vásquez

Ana Julia Bendfeldt Maldonado

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Transcribo a ustedes el **ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO GUIÓN DOS MIL DOCE (1,534-2012)**, que literalmente dice:

"UN MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"MANUAL DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON RETRASO MENTAL QUE PRESENTAN CONDUCTAS AGRESIVAS Y VIOLENTAS A TRAVÉS DE MODIFICADORES DE CONDUCTA"**, de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

Rosa Lucia Canahui Vásquez

CARNÉ No. 2003-10866

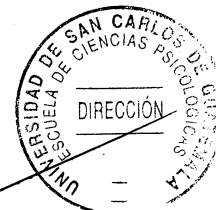
Ana Julia Bendfeldt Maldonado

CARNÉ No. 2006-11822

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciada Martha Yolanda Maldonado Castilla y revisado por Licenciado Pedro José de León Escobar. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

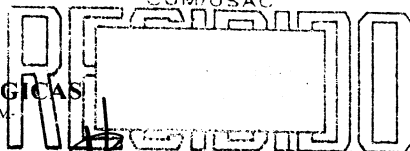
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA: [Signature] HORA: 13:50 Registro: 283-11

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs

1100-2012

REG:

283-2011

REG:

283-2011

INFORME FINAL

Guatemala, 27 de julio 2012

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Pedro José de León Escobar ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“MANUAL DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON RETRASO MENTAL QUE PRESENTAN CONDUCTAS AGRESIVAS Y VIOLENTAS A TRAVÉS DE MODIFICADORES DE CONDUCTA.”

ESTUDIANTE:

Rosa Lucia Canahui Vásquez
Ana Julia Bendfeldt Maldonado


CARNÉ No.

2003-10866
2006-11822

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 26 de julio 2012 y se recibieron documentos originales completos el día 26 de julio 2012, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Marco Antonio García Enríquez

COORDINADOR

Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 1101-2012

REG: 283-2011

REG: 283-2011

Guatemala, 27 de julio 2012

**Licenciado Marco Antonio García Enríquez,
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas**

Licenciado García:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

"MANUAL DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON RETRASO MENTAL QUE PRESENTAN CONDUCTAS AGRESIVAS Y VIOLENTAS A TRAVÉS DE MODIFICADORES DE CONDUCTA."

ESTUDIANTE:

Rosa Lucía Canahui Vásquez

Ana Julia Bendfeldt Maldonado

CARNÉ No.

2003-10866

2006-11822

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 18 de julio 2012 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

**Licenciado Pedro José de León Escobar
DOCENTE REVISOR**



Arelis./archivo

Guatemala, 14 de junio de 2012

Licenciado

Marco Antonio García Enríquez

Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología

-CIEPs- "Mayra Gutiérrez"

Escuela de Ciencias Psicológicas,

CUM

Estimado licenciado García:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo la asesoría de contenido del Informe Final de investigación titulado "Manual de Atención de Personas con Retraso Mental que Presentan Conductas Agresivas y Violentas a Través de Modificadores de Conducta" realizado por las estudiantes ROSA LUCIA CANAHUI VÁSQUEZ, CARNÉ 200310866 Y ANA JULIA BENDFELDT MALDONADO, CARNÉ 200611822.

El trabajo fue realizado a partir del 25 de abril de 2011 al 12 de junio del 2012. La fecha de aprobación de informe final de mi parte es 13 de junio de 2012

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el CIEPs por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente,


Licenciada **Martha Yolanda Maldonado Castilla**

Psicóloga y Terapeuta de Lenguaje

Colegiado No. 2989

Asesor de Contenido

CENTRO RESIDENCIAL PSIQUIÁTRICO NEUROLÓGICO
17 CALLE "A" 7-04, ZONA 13 COLONIA AURORA I
TELEFAX: 2261-3140

Guatemala, 12 de junio de 2012
REG-CRPN-235-2012

Licenciado
Marco Antonio García Enríquez
Coordinador Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPS- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas,
CUM

Licenciado García:

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que las estudiantes **Rosa Lucia Canahui Vásquez**, carné 200310866 y **Ana Julia Bendfeldt Maldonado**, carné 200611822 realizaron en la institución que dirijo, entrevistas a empleados, observación del Centro y la capacitación del personal como parte del trabajo de investigación titulado "**Manual de Atención de Personas con Retraso Mental que Presentan Conductas Agresivas y Violentas a Través de Modificadores de Conducta**", en el periodo comprendido del 5 de marzo al 5 de junio del presente año, las primeras dos semanas en horario de 07:00 a 12:00 horas y en las siguientes semanas de 14:00 a 16:00 horas.

Las estudiantes en mención cumplieron con lo estipulado en su proyecto de Investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestros niños, niñas y adolescentes que residen en el hogar.

Sin otro particular, me suscribo,

Atentamente.


Licda. Brenda Romero de Salguero
Directora
Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico



PADRINOS DE GRADUACIÓN

POR ROSA LUCIA CANAHUI VÁSQUEZ

**JAVIER ESTUARDO SERRANO CANAHUI
LICENCIADO QUÍMICO FARMACÉUTICO
COLEGIADO 3576**

**SERGIO VINICIO SOLARES DÍAZ
CIRUJANO DENTISTA
COLEGIADO 648**

POR ANA JULIA BENDFELDT MALDONADO

**MARTHA YOLANDA MALDONADO CASTILLA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA Y TERAPISTA DE LENGUAJE
COLEGIADO 2989**

**JULIA SAGRARIO MALDONADO CASTILLA
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
COLEGIADO 17168**

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por regalarme el don de la vida y estar siempre presente en mi camino.

A MIS PADRES

Gerardo y Aracely, por creer en mí, darme su apoyo, amor y cariño incondicional, por enseñarme que todo lo puedo lograr y que existen los sueños y se pueden cumplir.
A mis abuelos Clara Luz, Juan y Rosa por consentirme y darme su amor sobre todas las cosas.

A MI HERMANA

María del Pilar por ser mi compañera de vida, por su amor y por regalarme a Gabriel, mi sobrino, que todos los días me saca una sonrisa y me enseña a ser niña otra vez.

A TODA MI FAMILIA

Tías, tíos, primos y primas, por esa gran familia que siempre fue un ejemplo de cariño, inspiración y apoyo.

A MIS AMIGOS

A todos mis amigos y amigas por dejar alegrías y aprendizaje en mi corazón. Por creer en mí y regalarme el don de la amistad.

A Ana Julia por iniciar y concluir este trabajo de graduación.

En especial a Carlos Eduardo García Roche por todo su amor y apoyo incondicional.

A MIS MAESTROS

Por transmitir su conocimiento, experiencia y dedicación para formar profesionales en esta maravillosa carrera.

POR

Rosa Lucia Canahui Vásquez

DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme dado la vida y la por ser una guía siempre en mi camino y en momentos adversos de mi vida.

A MIS PADRES

Romeo Bendfeldt y Julia Maldonado, por apoyarme incondicionalmente, por amarme, quererme y por hacer de mi la mujer y persona que soy ahora.

A MI HERMANO Y A MIS PRIMOS

Ángel Romeo Bendfeldt, María Lourdes y Luis David por haber compartido una niñez llena de diversión y momentos inolvidables

A MI FAMILIA

A mis tíos Martha Yolanda, Francisco y Cory por haberme apoyado siempre y hacerme compañía en mi vida. A toda mi familia por apoyarme en todo momento.

A MIS AMIGOS

Con quienes he compartido momentos de alegría, felicidad y diversión. A Lucía, Andrea y Rubén por ser amigos incondicionales y por acompañarme en éste camino.

A MIS MAESTROS

Por haberme enseñado cosas nuevas cada día y experiencias educativas importantes.

POR:

Ana Julia Bendfeldt Maldonado

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala

Por abrirnos las puertas para una educación superior y construir en nosotras una conciencia social.

A la Escuela de Ciencias Psicológicas

Por sembrar la semilla de conocimiento y abrirnos un mundo de conocimiento y practica.

A nuestra Asesora

Por brindarnos su apoyo incondicional

Al Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico

Por abrirnos las puertas y por darnos la oportunidad de realizar nuestro trabajo de investigación y siempre apoyarnos durante todo el proceso

A las Niñeras y Monitores

Por el empeño y dedicación que mostraron durante la investigación

A los niños, niñas, jóvenes y adultos del Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico

Por abrirnos su corazón y siempre regalarnos una sonrisa

Al Pueblo de Guatemala

Por darnos la oportunidad de una educación superior

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Resumen	1
Prólogo	2
CAPÍTULO I – INTRODUCCIÓN	
1.1 Planteamiento del Problema	4
1.1.2 Marco Teórico	6
1.1.2.1 Contextualización de Salud Mental en Guatemala	6
1.1.2.2 Retraso Mental	8
1.1.2.3 Manifestaciones Psicopatológicas y Tratamiento Farmacológico	9
1.1.2.4 Conducta, Abandono e Institucionalización	12
1.1.2.5 Tratamiento y Modificadores de Conducta	14
1.2 Delimitación	17
CAPÍTULO II – TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 Técnicas	18
2.2 Instrumentos	19
CAPÍTULO III - PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	21
CAPÍTULO IV – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones	33
4.2 Recomendaciones	34
Bibliografía	35
Anexos	37

RESUMEN

“Manual de Atención de Personas con Retraso Mental que Presentan Conductas Agresivas y Violentas a Través de Modificadores de Conducta”

Rosa Lucia Canahui Vásquez y Ana Julia Bendfeldt Maldonado

El propósito de la siguiente investigación fue la elaboración de un manual dirigido al personal del Centro Residencial Psiquiátrico neurológico, en donde se les brindó una capacitación individual sobre modificadores de conducta con el objetivo de promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológica para mejorar el comportamiento de las personas que residen en el Centro, para que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, adopten actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no pueden cambiar y al mismo tiempo a disminuir las conductas agresivas y violentas que presentan.

El trabajo de campo se inició en el mes de marzo con una observación enfocada, utilizando una guía de observación institucional y una guía de análisis funcional de la conducta, donde se pudo observar las conductas más comunes que presentaban los residentes y las técnicas que utilizaba el personal. Al mismo tiempo se entrevistó al personal para conocer su escolaridad y conocimiento del tema a investigar. En base a las técnicas e instrumentos se elaboró y capacitó el manual durante ocho sesiones con el personal encargado de los cuidados diarios de los residentes, el trabajo de investigación concluyó en el mes de junio de 2012.

PRÓLOGO

Al observar el ambiente en el que viven las personas que residen en el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, se pudo constatar que los pacientes manifiestan conductas agresivas y violentas hacia ellos mismos, hacia sus compañeros y hacia sus cuidadores. Al momento de percibir la agresión y los actos violentos, los cuidadores, debido a la falta de conocimiento para el manejo de estas conductas, utilizan métodos inadecuados, que se convierten en factores que no favorecen y que retroalimentan las conductas explosivas y violentas de los pacientes hacia sí mismos y hacia los demás. Debido a que los pacientes presentan retraso mental, fue necesario sistematizar la información a través de un manual sobre modificadores de conductas agresivas y violentas, con el propósito de brindar herramientas asertivas para la modificación de las conductas desadaptativas, con el fin que el personal actúe de forma diferente ante las situaciones difíciles disminuyendo estas conductas y reforzando así las conductas positivas.

Para la elaboración del manual fue necesario hacer una evaluación de las condiciones institucionales y la capacidad del personal en el manejo de las personas con retraso mental, la revisión bibliográfica de la teoría que mejor se aplicará para la elaboración y captación de este. La capacitación del manual se llevó a cabo en el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico de la Secretaría De Bienestar Social. Éste Centro, está conformado por un equipo multidisciplinario una médica psiquiatra, una psicóloga, tres educadoras especiales, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, una fisioterapeuta, un médico internista, dos enfermeras, tres cocineras, una encargada de lavandería, 12 niñeras y cuatro monitores con turnos rotativos, y el personal administrativo. Se encuentra ubicado en la ciudad de Guatemala, en la dirección 17 Calle "A" 7-04, Zona 13 Colonia Aurora I, durante marzo de 2012 a junio de 2012.

Se logró capacitar a siete niñeras y cuatro monitores los cuales se mostraron entusiastas durante éste proceso, logrando captar e iniciando a utilizar las herramientas

necesarias en base al conocimiento adquirido que se les presentó en el cuidado de los pacientes del centro. Entre las limitaciones que encontramos fue que existe poco personal en el Centro y las capacitaciones fueron personalizadas por lo que muchas veces el personal que se planeaba capacitar un día no se encontraba porque salían con alguno de los niños, niñas, adolescentes o adultos a clases, al hospital o al dentista. Otra limitación fue encontrar que los trabajadores del Centro tenían desconocimiento sobre el retraso mental, enfermedades psicológicas y sobre las necesidades básicas de los pacientes por lo que fue necesario iniciar la capacitación desde estos temas prolongando la misma.

Trabajar en un espacio que dirige atención a personas de ambos sexos y con distintas edades cronológicas que presentan retraso mental, además de trastornos conductuales, asociados a trastornos psíquicos, afectivos, sociales y emocionales, permitió la oportunidad de identificar diversas conductas desadaptativas y abordarlas con la intención de reconocer que como seres humanos gregarios, son capaces de aprender nuevas conductas de desarrollo.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

El Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, recibe ayuda económica por parte de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia y de personas externas a este, es así como han logrado un ambiente más o menos adecuado para toda la población, debido a que no se cubren al cien por ciento todas las necesidades, sin embargo cuentan con un espacio donde dormir, un espacio donde ingerir alimentos, servicios sanitarios, área de distracción, una clínica médica, un espacio de atención médica psiquiátrica, atención psicológica, educación especial, terapia ocupacional y fisioterapia. Dentro del Centro se atienden alrededor de 74 personas, 31 mujeres y 43 hombres, comprendidos en las edades de 07 a 46 años con distintos niveles de retraso mental.

La mayoría de la población, que pertenece a este centro, han sido niños institucionalizados o abandonados por la familia, otros reciben visitas eventuales de su familia.

La población atendida por el centro está ubicada dentro de un estrato socioeconómico bajo, algunos de los padres de estos niños no pueden hacerse cargo de ellos, debido a la dificultad de su enfermedad, de lo costoso de los medicamentos y el tiempo que ocupan para darles los cuidados que necesitan.

Este centro fue diseñado únicamente para atender pacientes menores de edad con retraso mental severo y profundo, pero debido a la escasez de centros públicos de este tipo, se reciben pacientes con diferentes tipos de diagnósticos y con diversidad en edades, el centro ya no tiene una especialidad definida, debido a que la mayoría de los pacientes ingresan por orden judicial; además, por desconocimiento, los jueces remiten a personas con diferentes enfermedades mentales, no necesariamente aquellas para cuya atención el centro fue originalmente concebido.

Como se mencionó anteriormente, es posible encontrar internos de diferentes edades y

niveles de retraso mental, sin que ello corresponda con programas de atención específica y especializada para sus necesidades particulares. De acuerdo con la opinión de especialistas, la cohabitación de personas con retraso leve y profundo, puede generar un impacto negativo, pues las primeras aprenden, adaptan y adoptan conductas de las segundas. Al enviar internos con problemas propios de los niños y niñas de la calle, por tratarse de problemáticas totalmente diferentes, unas de carácter psicosocial y otras de carácter psicobiológico, la atención se dificulta, pues surgen conflictos entre diferentes estados clínicos, sin que el centro tenga la capacidad para dar respuestas a cada uno de ellos.

Muchas veces las personas que son ingresadas al Centro provienen principalmente del Hogar Elisa Martínez, donde se albergan niños de 12 a 18 años no cumplidos, en estado de abandono, orfandad, maltrato o abuso, son niños que vienen violentados, con respecto a su estado emocional, físico y psicológico, quienes son una desventaja para los demás residentes debido a que repiten conductas que fueron adoptadas por el mismo maltrato, como abusar de los otros pacientes.

Como consecuencia de esto, los pacientes presentan conductas desadaptativas y el personal tiene dificultad para manejarlas, pasando por alto el respeto y bienestar de los pacientes.

Por esto fue necesario crear un manual para capacitar al personal y que éste adquiera destrezas en el manejo de niños con retraso mental que presentan conductas agresivas y violentas.

1.1.2 Marco Teórico

1.1.2.1 Contextualización de Salud Mental en Guatemala

El país vivió el conflicto armado interno, que duró más de 36 años y dejó muchas comunidades que aún al 2012 no han logrado recuperarse. A finales de 1996 se firmaron los Acuerdos de Paz, entre el gobierno y la URNG (Unión Revolucionaria Nacional Guatemalteca), cuyo contenido propone una agenda social de desarrollo, la cual no se ha cumplido, marcando un retroceso en todas las instituciones del país.

Esto se refleja en el contexto administrativo del estado con crisis que afectan los servicios básicos: educación y salud; la crisis alimentaria aunada a esto, crea condiciones y circunstancias más difíciles para la población, secuela de ello, son los niños y niñas con desnutrición crónica antes del nacimiento; donde de cada diez niños, solamente cuatro se estima cursarán primero primaria (Informe del Desarrollo Humano, 2011).

De esta forma los problemas relacionados con el proceso de salud mental y enfermedad mental han sido múltiples y complejos; entre los principales problemas de enfermedad mental en Guatemala, se encuentra en primer lugar, la angustia y la depresión, en segundo lugar el abuso de alcohol y otras sustancias, en tercer lugar se encuentran la epilepsia y deficiencias mentales, cuyo origen puede ser genético, problemas en el parto y mal manejo de él; en cuarto lugar las psicosis y esquizofrenias y en quinto lugar la existencia de conductas violentas, pobreza, desarraigo, discriminación, duelos no resueltos, baja autoestima y otras adicciones. (Manual de Organización Administrativa Interna, HNSM, 2007)

Para cubrir las necesidades de atención en salud mental el Ministerio de Salud destina únicamente el 0.9% del presupuesto anual (Informe sobre el sistema de salud mental en Guatemala 2011). La población guatemalteca, que según las proyecciones basadas en el XI Censo Nacional de Población y VI de Habitación en el 2002, cuenta con 11.3 millones de habitantes; 5.6 millones hombres y 5.7 millones mujeres, donde las personas

menores de 15 años constituyen el 40% de la población y las mayores de 65 años el 2.7%; por ende, ésta cuenta únicamente con tres hospitales nacionales especializados en salud mental estos son: el Hospital Nacional de Salud Mental (HNSM), Hospital Mental del Seguro Social (IGSS) y el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia de la República.

Son pocas las personas que pueden ingresar en clínicas psiquiátricas privadas y los beneficiarios del IGSS son alrededor del 15% (Encuesta Nacional de Salud Mental 2011). Debido a que la mayor parte de la sociedad guatemalteca tiene un nivel socioeconómico de pobreza y de extrema pobreza, puede dirigirse únicamente al Hospital Nacional de Salud Mental y cuando se trata de niños y niñas se encuentran limitados a asistir al Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, de la Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia.

El Hospital Nacional de Salud Mental, es el único hospital psiquiátrico para toda la nación, con capacidad limitada donde se atienden solamente adultos; atendiendo a los hombres desde los 16 años y a las mujeres a partir de los 14 años hasta los 60 años, en estado crónico. Por ser el único hospital en su género atiende al 100 % de la población pero tiene una capacidad de atención del 60%. (Manual de Organización Administrativa Interna, HNSM, 2007)

El Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, por ser una dependencia del Estado, se rige, obedece y acata órdenes del Juzgado de la Niñez y Adolescencia, quienes envían a los menores para su cuidado, abrigo y protección temporal o permanente, debido a que han sido abandonados por el grupo primario de apoyo, están siendo víctimas de maltrato infantil o viven en una situación de extrema pobreza.

Este centro ha sido catalogado como “un hogar para toda la vida”, a pesar de ser un centro de menores, no todos los pacientes que acoge lo son, porque al momento de que llegan a la edad adulta no son capaces de integrarse en la sociedad y valerse por sí

mismos, pero tampoco existe un lugar a donde trasladarlos, puesto que el Hospital Nacional de Salud Mental no acepta discapacitados (Pellecer, 2004).

Actualmente se cuenta con un equipo multidisciplinario, con el apoyo del voluntariado “Fundación Cada Niño”, con la colaboración de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con practicantes de la Escuela de Trabajo Social y de la carrera de Educación Especial de la Escuela de Psicología, el Ministerio de Cultura y deportes y Fábrica de Sonrisas (Manual de Organización Administrativa Interna, CRPN, 2012).

1.1.2.2 Retraso Mental

En el Centro, toda la población presenta un diagnóstico de retraso mental, dividido en retraso mental leve, moderado, severo y profundo. Acompañados de otros diagnósticos de enfermedades mentales o síndromes convulsivos agravando el cuadro de los pacientes.

Las personas que presentan retraso mental leve pueden ser capaces de funcionar adecuadamente en la sociedad, pueden aprender habilidades académicas comparables a las de un niño de sexto grado y es capaz de satisfacer sus necesidades básicas, aunque requiere de ayuda especial en los momentos de estrés inusual; en el Centro se encuentra únicamente cuatro residentes que presentan esta condición, tres mujeres y un hombre. También se puede encontrar a 27 residentes con retraso mental moderado, 14 hombres y 13 mujeres, estas personas se podrían beneficiar del entrenamiento vocacional, viajar solas, aprender a un nivel de segundo grado y a realizar trabajo diestro en un taller especial, sí se les proporciona supervisión y guía.

Mientras que, con retraso mental severo las personas no aprenden a hablar, ni adquieren técnicas primarias de autocuidado antes de los seis años; aunque no pueden aprender habilidades vocacionales, son capaces de realizar tareas sencillas de supervisión como por ejemplo la realización de material absorbente, que se obtiene a través del deshilachamiento de telas, utilizado en la ferretería, carpintería y otros; el

cuidado del jardín, la limpieza de los pasillos, ayuda en la cocina y lavandería. En el Centro son 21 niñas y niños que presentan esta discapacidad 14 hombres y 7 mujeres. Por último se encuentran 18 niñas y niños que requieren de cuidado constante por presentar retraso mental profundo, quienes también, tienen un diagnóstico de un trastorno neurológico como trisomía 21 y parálisis cerebral.

El equipo multidisciplinario cubre algunas necesidades, pero las necesidades especiales que estos niños requieren, son difíciles de abarcar en su totalidad debido, a la falta de personal, el hacinamiento y escasos recursos brindados por la Secretaría de Bienestar Social.

1.1.2.3 Manifestaciones Psicopatológicas y Tratamiento Farmacológico

Entre los factores recurrentes de manifestaciones psicopatológicas y neurológicas que acompañan el retraso mental de los niños, niñas, jóvenes y adultos, está el trastorno de desarrollo del lenguaje expresivo y/o receptivo en 47 pacientes, el cual presenta alteración significativa de la comprensión, y/o de la expresión verbal y no verbal. El síndrome convulsivo y epilepsia se presenta en 22 pacientes, que es la disritmia de la corteza cerebral que permite que el niño presente manifestaciones tales como ausencia o inconsciencia, mioclonías u otras manifestaciones; nueve son los pacientes con autismo y otros nueve están diagnosticados con pobre control de impulsos. Existen otras enfermedades que le han diagnosticado a la minoría de la población son seis pacientes los que presentan déficit de atención e hiperactividad, cuatro pacientes trisomía 21, tres pacientes presentan esquizofrenia, un paciente presenta problema de control de esfínteres, dos pacientes incontinencia urinaria, tres pacientes parálisis cerebral, dos pacientes que presentan trastorno afectivo bipolar y un paciente presenta trastorno obsesivo-compulsivo. (Cuadro de diagnóstico psiquiátrico y control de peso, talla e índice de masa corporal, Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, 2012).

Para tratar estas afecciones se administran distintos fármacos principalmente, anticonvulsivos, antipsicóticos y antidepresivos. (Cuadro de diagnóstico psiquiátrico y control de peso, talla e índice de masa corporal, 2012)

Los anticonvulsivos ayudan a mantener a los pacientes libres de crisis provocadas por las alteraciones del sistema nervioso central y han demostrado ser efectivos para el tratamiento agudo de las manías, la prevención de episodios depresivos y son de primera elección para el tratamiento de episodios mixtos y de los cicladores reales, entre estos encontramos el ácido valpróico, valproato sódico, clonazepam y fenitoina sódica.

Los antipsicóticos, bloquean los receptores de Dopamina (D2), con el fin de reducir los síntomas positivos de la psicosis, son fármacos útiles para el tratamiento de la esquizofrenia, entre estos encontramos la tioridazina, risperidona, quetiapina, aripiprasol; el metilfedinato, es un psicoestimulante utilizado para el Déficit de Atención e Hiperactividad. (Stahl, Stephen M., 2000, pp. 327).

Los antidepresivos son medicamentos para el tratamiento de las depresiones mayores. Se dividen en tres clases: los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los tricíclicos, y los antidepresivos de segunda generación, que actúan sobre la recaptación de los tres o dos de los principales neurotransmisores que intervienen en la depresión, la serotonina, la dopamina o la noradrenalina.

Algunas de estas enfermedades neurológicas y psicopatológicas, el consumo de algunos fármacos y el efecto del medio en donde cohabitan, pueden causar mayor agresividad en los pacientes.

Los trastorno de conducta agresiva están definidas por dos categorías diagnósticas en el DSM IV, Trastorno negativista desafiante (TND) y Trastorno Disocial (TDS). El diagnóstico de TND incluye conductas menos severas y menos antisociales que el TDS, como reusarse a cumplir con las reglas de los adultos, pataletas, conducta provocativa y

actitud desafiante, en cambio el diagnóstico de TDS requiere de comportamientos más agresivos o antisociales como robos, provocación de incendios o daños a la propiedad privada. Por lo tanto niños agresivos menores de 6 años raramente son diagnosticados con TDS, pero la mayoría de niños con TDS tienen historial de TND (Loeber, Lahey y Thomas, 1991 en Lyons-Ruth, 1996).

El tratamiento farmacológico va acompañado por una educación especial, que divide a los niños, niñas, jóvenes y adultos en tres grupos, principiantes, intermedios y avanzados, donde trabajan de acuerdo a sus destrezas y habilidades; también cuentan con el apoyo de terapia individual psicológica.

Las personas encargadas del cuidado personal de los niños, niñas, jóvenes y adultos del Centro, son los y las monitoras y las niñeras, quienes apoyan en las distintas actividades diarias como el baño, la vestimenta, el cambio de ropa de cama, alimentación y a la hora de dormir; debido a la falta de personal, éstas tareas resultan ser frustrantes y agotadoras, causando relaciones interpersonales disfuncionales y dificultad en las relaciones cuidador- paciente, esto trae repercusiones graves en la salud mental, física, emocional y psicológica tanto del personal, como de los niños, niñas, jóvenes y adultos residentes; lo cual provoca una frustración elevada en los pacientes, que, al mismo tiempo provoca una elevada tasa de agresividad, como una forma de afrontar situaciones desagradables.

Como anteriormente se mencionó, la falta de recursos humanos y económicos de la institución, causan la utilización de métodos inadecuados para el manejo de las conductas agresivas y violentas, al momento de ingresarlos al área común, que posee un espacio reducido y provoca hacinamiento; ésta situación los torna agresivos y violentos, y hace que adopten conductas como berrinches, la utilización de la fuerza física, llantos, gritos, entre otras conductas, haciendo que el personal no se dé abasto con la situación.

1.1.2.4 Conducta, Abandono e Institucionalización

Se entiende por conducta a todas las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno, toda conducta es resultado de la interacción entre tres factores: la dotación genética del organismo, que es producto de su evolución; su experiencia y la percepción de la situación actual. (Pinel, John P.J. 2007, pp. 26). Cuando la situación es desagradable y conflictiva, causa en los y las pacientes conductas agresivas y violentas hacia sí mismos y hacia las personas que los rodean.

La conducta agresiva suele gestarse en la niñez temprana por una combinación de atmósferas estresantes y poco estimulantes; disciplina estricta, falta de calidez materna y apoyo social; exposición a adultos agresivos y barrios violentos, y grupos de compañeros pasajeros, lo cual impide las amistades estables. Debido a estas experiencias negativas en la socialización, los niños que crecen en entornos pobres y de alto riesgo posiblemente absorben conductas antisociales, pese a los mejores esfuerzos de sus educadores (Dodge, Pettit y Bates, 1994; Grusec y Goodnow, 1994). Las personas sumamente agresivas suelen buscar amigos como ellos y azuzarse unos a otros en actos antisociales (Hartup, 1996).

En el Centro Residencial se puede encontrar que la mayoría de niños han sido abandonados a temprana edad, cuando una persona es abandonada por su madre, esta separación produce efectos negativos en los niños, dado que el infante no puede captar la razón por la que la madre desaparece, el infante que se ve separado de la compañía de su madre es, emocionalmente, un huérfano, aunque sea un huérfano “artificial” con una madre viva. (Burlingham y A. Freud, 1942). El shock provocado por la separación se expresa a menudo a través de la perturbación de funciones somáticas, tales como alteraciones del sueño, la alimentación y el aparato digestivo, y en tales periodos se presentan también una susceptibilidad mayor a infecciones. Además muchos infantes retroceden en su desarrollo, casi invariablemente, lo que se pierde primero es el logro

más reciente. (Anna Freud, 1984, pp. 23). Esto puede ser evidente en el Centro Residencial, siendo más vulnerables a las enfermedades, incluso algunos niños son incapaces de ingerir alimento sólido.

Otra gran mayoría de niños, niñas, jóvenes y adultos que residen en el Centro han sido maltratados desde temprana edad. Una relación temprana negativa con una madre que rechaza a su hijo es un factor importante, el apego inseguro y la falta de calidez y afecto maternal en la infancia es un indicador de agresividad en la niñez temprana (Cole y Dodge, 1998). Las relaciones de crianza negativas pueden sentar base de conflictos destructivos y prolongados entre pares, en los cuales los niños imitan el comportamiento hostil de sus cuidadores.

Los niños criados en ambientes de maltrato se comportan más agresivamente con sus iguales, con los objetos y con los adultos, que los niños que no viven en esos ambientes. Los niños criados en un ambiente de maltrato pueden adquirir por imitación la conducta agresiva (Bandura, 1973). Tanto los niños maltratados como abandonados han experimentado relaciones familiares negativas; los niños maltratados han vivido una situación de malestar asociada a la hostilidad y a la violencia física, y los niños abandonados, una situación de malestar asociada a omisiones en su cuidado y educación. Se pudo observar que algunos niños no tenían conductas agresivas y violentas al inicio, pero debido a la convivencia con los niños que si las tenían, por medio de la observación y de la atención que se les brinda a los niños que muestran mayor agresividad, empezaron a adquirir conductas agresivas y violentas.

De igual forma para los niños abandonados como los maltratados del Centro, el primer intento de amor objetal ha sido destruido por la separación madre-hijo, la siguiente relación, no será de una calidad exactamente igual, será más exigente, mas volcado a la satisfacción inmediata del deseo, esto es, más alejado de las formas más maduras del "amor". La repetición del rechazo por separación intensifica este proceso de deterioro, produce individuos que son insatisfechos y planos en sus afectos (Anna Freud, 1984, pp.

24). La privación prolongada del cuidado materno puede producir en el niño graves efectos en su carácter, y tiene tal alcance de proyección en su vida, que puede afectarla por entero (Bowlby, John, 1954, pp. 57). Se pudo observar que los niños, niñas, jóvenes y adultos del Centro exigen atención y afecto al personal para que les satisfaga inmediatamente lo que necesitan o demandan en determinado momento, de no ser así la demanda aumenta y se convierte en agresión física hacia ellos mismos, al personal y hacia sus compañeros.

Por esto los niños institucionalizados del Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico a menudo pelean para conseguir espacio, patean para conseguir atención, presentan movimientos autoestimulatorios para gratificarse en un medio no gratificante y para evadir la insatisfacción; usando en forma limitada los objetos, como los juguetes y el área de juegos. Los niños, niñas, jóvenes y adultos restringen y empobrecen su accionar debido a la falta de oportunidades y modelos adecuados a imitar. Acumulan los objetos, lo cual tiene un trasfondo en la necesidad de contener algo que sea propio y en relación a la necesidad general que sienten. Así mismo el apego que tienen estos pacientes con sus cuidadores podría ser un apego dañado, instaurando así una relación agresiva y violenta entre ellos y las personas que los rodean.

1.1.2.5 Tratamiento y Modificadores de Conducta

Debido a la escolaridad de las niñeras, monitores y monitoras que trabajan en el Centro, y por la falta de conocimiento en la forma de tratar a los pacientes, se consideró conveniente que la mejor manera para abordar la problemática de la agresividad y la violencia en los niños, niñas, jóvenes y adultos son los modificadores de conducta, porque a través de un condicionamiento y respuesta los resultados son rápidos y concretos y les facilita al personal comprenderlos y utilizarlos. Los modificadores de conducta emplean los principios del conductismo operante para moldear o modificar la conducta humana con fines terapéuticos. Estos son un conjunto de técnicas que se

aplican a la resolución de problemas, a la prevención y el mejoramiento de conductas, promoviendo el cambio a través de técnicas para mejorar el comportamiento de una persona, estos pueden ser utilizados con personas que presentan retraso mental en la enseñanza de nuevas habilidades, para ayudarles a recordar las que han aprendido y para obtener las conductas deseadas.

El tratamiento conductual del retraso mental presupone la manipulación de una serie de procedimientos que tienden a diseñar el ambiente general e individual del sujeto, que facilite y promueva la adquisición de las conductas que sean necesarias para que se adapten a su medio. Se hace hincapié en la programación explícita y objetiva de la triple relación de contingencias que es la observación de tres cambios fundamentales: un cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento, que influye en el organismo, al cual denominaremos estímulo; un cambio en el organismo que se traduce en alguna forma de comportamiento observable, al que denominaremos respuesta o conducta, y un nuevo cambio en el medio, en forma de objeto o acontecimiento, efecto de dicha conducta, al que llamaremos consecuencia, para que, en pasos siguientes, se vaya compensando y remediando las deficiencias existentes, mediante la creación de nuevas conductas y el incremento de su potencialidad funcional.

La conducta humana puede ser dirigida, sin tratar de influir en la mente ni de cambiar la personalidad, sino cambiando el medio; controlando la conducta a través de sus consecuencias, es decir, estableciendo contingencias de reforzamiento por las que se recompense cierta conducta (DiCaprio, Nicholas, 2007, pp.438). La conducta está determinada y sostenida por sus consecuencias, y se explica por los reforzadores que rodean al niño y a la niña.

Se ha relacionado la conducta normal como la anormal con factores del medio, en el Centro Residencial se puede observar que no se tiene la oportunidad de aprender los tipos de conductas que promueven las interacciones sociales, por esto, no pueden disfrutar de reforzadores asociados con las relaciones sociales normales. Esto podría

indicar que gran parte del aprendizaje puede descubrirse como aprendizaje por observación, los seres humanos aprenden observando la conducta de un modelo; el aprendizaje por observación abarca cualquier tipo de conducta de igualamiento, como la imitación. Las personas no importando sus capacidades mentales, adquieren conductas a través de la observación, moldeando sus habilidades cognitivas adaptándolas al medio, entre más se repite una conducta observable más se estimula a que esta se repita, fortaleciéndola. Se puede aprender por el simple hecho de formar representaciones cognitivas de los acontecimientos que rodean al ser humano y de los que están en ellos mismos.

El tratamiento consistió en el diseño de un medio en el que la conducta social con niños de la misma edad mental, se pueda moldear con reforzadores apropiados. Debido a que la mayor parte de la conducta se puede atribuir a causas ambientales, para comprender por qué los niños, niñas, jóvenes y adultos hacen lo que hacen, se estudió qué reforzador se le estaba dando cuando se producía una conducta inadecuada, se observaron los antecedentes que precedieron la conducta indeseada, para aumentar las conductas deseadas, es muy importante que el reforzador siga a la conducta inmediatamente, de esta forma suele ser más eficaz para aumentar la conducta, que si se da un intervalo considerable entre la conducta y el reforzador.

Tomando en cuenta los diversos factores encontrados en el Centro se elaboró un manual para modificar las conductas agresivas y violentas en niños con retraso mental del Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, en su contenido se encontrará una descripción de la institución, su diagnóstico, las necesidades que el Centro presenta, los elementos teóricos con el cual se abordó y las sugerencias a trabajar (procedimientos). Las sugerencias a trabajar se dividieron en dos partes, cuando se habla en sí de los modificadores de conducta, la primera parte es para aumentar conductas deseadas y se explica paso por paso como aplicarlo. En esta parte se encuentra el reforzador positivo, es el que aumenta la frecuencia de la conducta que los precedió, y se le enseñó a las

niñeras, monitores y educadores especiales a concebir los reforzadores apropiados para los niños, niñas, jóvenes y adultos. La segunda parte es para disminuir la conducta no deseada donde se encuentra el reforzador negativo, es algo que el niño procura evitar o rehuir activamente. Si una conducta determinada no se refuerza, disminuye la probabilidad de que esa acción se vuelva a presentar. Este proceso se llama extinción (Ingalls, P. Robert, 1982, pp. 274-275).

El elemento teórico con que se trabajó es la corriente conductista con propósitos terapéuticos, estos modificadores de conducta ayudan a modificar las contingencias; dichas contingencias promueven la adquisición de habilidades y conductas necesarias para mediar la agresividad y la violencia, con el propósito de compensar y remediar las deficiencias existentes, mediante la creación de nuevas conductas y el incremento de su potencialidad funcional.

1.2 Delimitación

La investigación “Manual de Atención de Personas con Retraso Mental que Presentan Conductas Agresivas y Violentas a Través de Modificadores de Conducta”, fue realizada en el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, ubicado en la 17 calle “A” 7-04, zona 13 Colonia Aurora I, en el periodo del mes de marzo al mes de junio del presente año, las primeras dos semanas se trabajo de 7:00 horas a 12:00 horas, y las siguientes semanas de 14:00 horas a 16:00 horas. La población con la que se trabajó fue con siete de 12 niñeras y con los cuatro monitores, no se pudo abordar a todas las niñeras debido a que tres de ellas se encontraban cuidando a uno de los niños del Centro que estaba internado en el Hospital General San Juan de Dios y dos que trabajan únicamente en el turno nocturno.

II. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

El presente trabajo se realizó con la población de niñeras que trabaja en el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico.

La muestra general se conformó de siete niñeras y cuatro monitores, nueve mujeres y dos hombres, estando comprendidos entre las edades de 28 a 60 años de edad, de nivel socioeconómico bajo, con una escolaridad variable desde quienes cursaron hasta sexto primaria y otros con profesiones de perito contador, maestra de pre – primaria y enfermero. Para la selección de la muestra la técnica utilizada fue el muestreo no aleatorio intencional, el cual se basa en el juicio, sentido común, lógica para seleccionar una muestra representativa.

Técnicas de Recolección de Datos:

- Observación enfocada
- Entrevista abierta Semi – estructurada
- Capacitación del manual a las niñeras

Observación Enfocada:

En base a la guía de observación realizada y al Análisis Funcional de la Conducta, se involucraron con la actividad objeto de investigación, desde el interior del grupo, se establecieron puntos específicos a observar, registrando las principales conductas que ocurren y la forma en que influye el ambiente.

Entrevista Abierta Semi – Estructurada:

En base a una guía de preguntas específicas, se les solicitó a la muestra elegida responder una serie de preguntas, las cuales indicaron el conocimiento del personal sobre el tema, el interés que tenían y qué conductas agresivas y violentas podían identificar en los pacientes previamente a la capacitación

Capacitación del Manual a la población de estudio:

Se capacitó durante los meses de marzo a junio, a cada una de las niñeras y monitores seleccionados en la muestra, con el fin de brindar herramientas y conocimiento acerca de retraso mental, enfermedades mentales y neurológicas que presentan los pacientes que residen en el Centro, y técnicas de modificadores de conducta para que puedan ser aplicados con personas con retraso mental que presenten conductas agresivas y violentas, facilitando así el trabajo y desempeño de los cuidadores.

2.2 Instrumentos

A continuación se describen los instrumentos utilizados para la recopilación de datos en la investigación.

Guía de Observación de la Institución

Consistió en una serie de ítems a observar sobre las condiciones institucionales y condiciones de vida de los niños del Centro. Se observó las condiciones de las instalaciones como los dormitorios, las características de la sala de estar o sala de juegos, el baño, comedor, aulas, área verde y actitud de las niñeras en las diversas actividades.

Guía de Análisis Funcional de la Conducta Aplicada (ABC)

Consistió en una serie de ítems a observar sobre las conductas de los niños con retraso mental que presentan conductas agresivas y violentas, su relación con las niñeras, el personal y con sus demás compañeros; además de la reacción ante situaciones que se presentan, determinar las conductas a extinguir y las conductas a reforzar.

Guía de entrevista Abierta Semi – Estructurada

Fue diseñada con una serie de 14 preguntas, con el fin de recaudar información sobre

los datos del personal y sobre el conocimiento que las niñeras y monitores tenían acerca del tema a investigar, de esta forma se pudo ubicar qué áreas de conocimientos dominaban y cuáles se deberían de abordar en la capacitación y en la realización del manual.

Manual de Atención de Personas con Retraso Mental que Presentan Conductas Agresivas y Violentas a Través de Modificadores de Conducta

Se elaboró un manual el cual contenía una descripción, el diagnóstico, las necesidades de la institución y objetivos del manual; seguido de los elementos teóricos necesarios que se agregaron por el desconocimiento del personal acerca del tema, finalizando con las sugerencias a trabajar, especificando paso por paso cómo se aumenta la frecuencia de una conducta y cómo se reduce la frecuencia de una conducta indeseable.

III. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se realizó en el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico de la Secretaria de Bienestar Social, ubicado en la 17 calle "A" 7-04, zona 13 Colonia Aurora I, Ciudad de Guatemala.

El objetivo de la institución es albergar, proteger y dignificar la vida de los Niños, Niñas y Adolescentes con discapacidad cognoscitiva, leve, moderada, severa y profunda, asociados a desorden psiquiátrico, víctimas de abandono, maltrato físico y emocional, rechazo familiar y social.

La investigación se realizó con siete niñeras y cuatro monitores que atienden las necesidades básicas de los niños, niñas, jóvenes y adultos del Centro, quienes trabajan en un horario de 6:00 a 18:00 en jornada diurna, con turnos rotativos de 24 horas de lunes a domingo.

Estas personas atienden alrededor de 74 pacientes, 31 mujeres y 43 hombres, quienes presentan retraso mental leve, moderado, severo y profundo; cubriendo las necesidades básicas como el baño, la vestimenta, cambio de pañal, higiene personal, alimentación en los tres tiempos y dos refacciones, cambio diario de ropa de cama, cuidado y seguridad de los pacientes del Centro.

Para la capacitación del manual al personal del Centro, se planificó semanal y diariamente, en base a los objetivos planteados en el manual y a las necesidades que existían en el personal, una serie de actividades para promover el uso de modificadores de conducta.

Los participantes a los que se capacitó fueron nueve mujeres y dos hombres conformada por siete niñeras mujeres, dos monitoras mujeres y dos monitores hombres; comprendidos entre 28 años a 60 años, pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo, con una escolaridad de sexto primaria siete niñeras y cinco de diversificado; entre los

cuidadores se encuentra que seis son católicos, cuatro evangélicos y uno no tiene religión.

El procedimiento de investigación se dividió en cuatro fases:

- **Fase uno:** Observación y Entrevistas
- **Fase dos:** Realización del Manual y Planificación de la capacitación
- **Fase tres:** Ejecución de la Capacitación.
- **Fase cuatro:** Validación del manual.

Descripción de las fases:

Fase Uno

Se realizó la observación para conocer las necesidades de la institución encontrando que existía una carencia de personal y un manejo inadecuado de las conductas agresivas y violentas por parte del personal.

De acuerdo a las observaciones que se realizaron se adaptó el manual según las conductas agresivas y violentas que con más frecuencia existían en el Centro. Se concretó que 15 pacientes que residen en el Centro presentaban conductas agresivas y violentas como, berrinches, pataletas, violencia verbal, patadas a otros compañeros, mordeduras y conductas autoagresivas como golpearse contra la pared o contra la reja, desnudarse, automutilarse, defecarse y embarrarse con sus heces, en el siguiente cuadro se encontrará el diagnóstico, las conductas más frecuentes y el antecedente:

Paciente	Sexo	Edad	Diagnostico	Nivel R.M.	Antecedente	Conducta
No. 1	F	37	Impulsividad	Moderado	No le dan lo que desea No le brindan atención	Autoagresión
No. 2	F	30	Impulsividad Hipoacusia	Leve	No dejarla salir del área	Desnudarse Gritos

					del pasillo No le brindan atención	Defecarse Orina a sus compañeros Subirse en la reja
No.3	F	24	Esquizofrenia Paranoide con síntomas positivos	Moderado	Alucinaciones	Desnudarse Pegar a otros
No. 4	F	19	Impulsividad	Moderado	No la dejan salir, si la castigan o no hacen lo que ella quiere No le brindan atención	Berrinche Gritos Llanto incontrolable
No. 5	F	22	Impulsividad	Moderado	No la dejan salir, quiere escoger la forma de vestirse, no quiere ingresar al área de pasillo No le brindan atención	Pegar Morder Gritar Patear Desnudarse Subirse a la reja (conducta aprendida)
No. 6	F	21	Esquizofrenia Hebefrénica	Profundo	Antecedente removido	Encopresis Embarrarse con heces
No. 7	M	12	Trastorno Mental por Epilepsia	Moderado	No dejarlo Salir, quitarle un juguete, no darle la ropa que quiere, no le brindan atención	Pegar Llorar Gritar Morder
No. 8	M	18	Síndrome	Leve	No quiere	Utiliza fuerza

			convulsivo Déficit de atención con hiperactividad		ingresar al área de pasillo No le brindan atención	física no ingresa al pasillo
No. 9	M	24	Trastorno Afectivo Bipolar Impulsividad Agresividad Hipoacusia Disartria	Leve	Cuando esta dentro del área de pasillo y se siente hacinado No le brindan atención	Pegar Gritar
No. 10	M	27	Esclerosis Tuberosa	Moderado	Cuando no obtiene lo que desea como comida, ropa, salir al jardín No le brindan atención	Pegar
No.11	M	26	Microcefalia	Moderado	No sigue instrucciones No le brindan atención	Pega
No. 12	M	18	Trastorno Bipolar Síndrome convulsivo Impulsividad	Moderado	Siempre está encerrado No le brindan atención	Se escapa Pega
No.13	M	21	Hipersexualidad Agresividad Impulsividad Síndrome Convulsivo	Severo	Antecedente Removido	Tocarse Frotarse con otros niños
No.14	M	7	Trastorno de Hiperactividad y déficit de atención Autismo	Leve	No le brindan atención	Muerde Berrinche

No. 15	M	8	Tetralogía de Fallot Impulsividad	Moderado	No le brindan Atención	Muerde Pega Aruña
--------	---	---	--------------------------------------	----------	------------------------	-------------------------

En el cuadro se puede observar que sólo encontramos a un paciente que presenta retraso mental profundo y la mayoría se encuentra en el rango de leve a moderado lo que indica que se puede trabajar con ellos modificadores de conducta porque son capaces de comprender instrucciones y lo que sucede a su alrededor.

La conducta agresiva y violenta es más frecuente en hombres que en mujeres y el principal antecedente para que ellos actúen de forma agresiva y violenta es la falta de atención por parte de sus cuidadores, quienes prestan mayor atención cuando tiene estas conductas que cuando están tranquilos o haciendo cosas buenas.

La mayoría de los pacientes que presentan conductas agresivas y violentas son mayores de edad, esto causa que los más pequeños adopten y adapten estas conductas.

El diagnóstico de la mayoría de estos pacientes es de epilepsia y se ha comprobado que algunos pacientes sufren cambios psicológicos característicos justo antes de una convulsión. Estos cambios llamados aura epiléptica, pueden adoptar muchas formas diferentes como un olor desagradable, un pensamiento concreto, una sensación vaga de familiaridad, una alucinación o una opresión en el pecho. Las auras epilépticas son importantes debido a que la naturaleza de las auras aporta pistas importantes de acuerdo al foco epiléptico y que las auras epilépticas que experimenta un determinado paciente en una crisis avisan al paciente de una crisis inminente. Los distintos tipos de crisis son tan diferentes unos de otros que es más adecuado considerar la epilepsia no como una enfermedad única, sino como un conjunto de enfermedades diferentes, pero relacionadas (Pinel, John. 2007, pp. 266).

Algunos investigadores han empezado a centrarse en la conducta intercrítica (conducta que presentan los epilépticos entre sus crisis). Para algunos seres humanos que padecen epilepsia, en particular en aquellos que sufren crisis parciales complejas, los

cambios patológicos en la conducta entre crisis son mas perturbadores y más difíciles de tratar que las crisis en sí mismas (Leung, Ma y McLahlan, 2000). Se ha demostrado que los sujetos manifiestan una serie de cambios en la conducta emocional entre crisis que son similares a los observados en humanos con epilepsia (Kalynchuk, 2000; Wintik et al., 2003).

Esto explicaría que muchas de las conductas agresivas y violentas son por causa de las crisis convulsivas que existen en los pacientes.

En ésta fase también se realizó una entrevista al personal, que constó de 14 preguntas que brindó información importante acerca de como iniciar y como abordar la capacitación a los cuidadores.

Edad	Sexo	Escolaridad	Religión	Tiempo de trabajar en la institución	Ocupación en la institución	Conocimiento sobre el tema
40	F	6to Primaria	Evangélica	5 años	Monitora	Intermedio
29	F	Maestra de pre-primaria	Católica	3 años	Monitora	Avanzado
38	M	Perito Contador	Católica	2 años	Monitor	Intermedio
40	M	Enfermero	Evangélico	3 años	Monitor	Leve
43	F	Universitaria	Evangélica	4 años	Niñera	Intermedio
42	F	Secretaria	No Tiene	7 años	Niñera	Intermedio
46	F	6to primaria	Evangélica	19 años	Niñera	Leve
60	F	6to Primaria	Evangélica	5 años	Niñera	Intermedio
28	F	6to primaria	Católica	4 años	Niñera	Leve

53	F	6to Primaria	Católica	9 años	Niñera	Leve
46	F	6to Primaria	Católica	6 años	Niñera	Intermedio

*F= Femenino *M= Masculino

De acuerdo al cuadro anterior se puede constatar que la mayoría son mujeres; la población de estudio se encuentra entre los 28 a los 60 años de edad. Seis cursaron hasta sexto primaria, cuatro diversificado y una universitaria, este dato nos llevó a realizar el manual de una manera más práctica y didáctica, utilizando un lenguaje sencillo para una mejor comprensión.

En base de la observación y la entrevista se pudo concluir que las niñeras que han trabajado por más tiempo en la institución, tienen un estado de agotamiento emocional, mental, físico y psicológico, perjudicando así su desempeño laboral y se mostraron más renuentes durante la capacitación.

Al momento de realizar la entrevista fue un dato relevante el hecho de que cuatro niñeras no tenían conocimiento de qué era retraso mental, seis tenían una idea del tema a abordar y únicamente una persona tenía clara la definición. Esto llevo a realizar la capacitación desde conceptos básicos los cuales no se tenían previstos.

Ésta fase tuvo una duración de dos semanas durante cinco días de la semana, por cinco horas diarias.

Fase dos

En ésta fase se definieron los elementos teóricos a abordar y los modificadores de conducta ha utilizar, para disminuir o aumentar una conducta y se elaboró el manual en base a estos elementos teóricos. En la planificación, se definió que se iba a llevar a cabo ocho sesiones con cada niñera y monitor de forma individual.

Fase tres y cuatro

La capacitación se llevó cabo en 14 semanas divididas en seis presentaciones.

- **Primera sesión:** fue necesario que el personal conociera y comprendiera los aspectos positivos y las limitaciones de los pacientes del Centro. Se les explicó a

cada uno qué era retraso mental, sus categorías y la evolución que puede llegar a tener con un acompañamiento adecuado, cuáles eran las necesidades de los seres humanos en general, los derechos de las personas con discapacidad, qué es salud mental y el significado de agresividad y los tipos de agresividad.

- **Segunda y Tercera sesión:** se abarcaron los temas de las psicopatologías presentadas en el Centro, para que pudieran conocer qué conlleva cada una de ellas, entre éstas están la depresión, ansiedad y algunos trastornos, angustia, esquizofrenia, trastorno bipolar, pobre control de impulsos, trastorno obsesivo-compulsivo, autismo, epilepsia, psicosis, control de esfínteres y el trastorno de lenguaje expresivo y receptivo.
- **Cuarta sesión:** se trabajó la explicación y definición de los modificadores de conducta, qué son, para qué sirven, reforzador positivo, reforzador negativo y como aplicarlos.

En esta sesión se realizó un ejercicio práctico en la que las niñeras y monitores ponían en práctica algunos ejercicios del manual, haciendo anotaciones de la conducta negativa, el antecedente, frecuencia, qué se hizo ante la conducta y si esto funcionó o no.

- **Quinta Sesión:** se explicó cómo se debe aumentar una conducta deseada a través de modificadores de conducta; siguiendo con el ejercicio de la sesión anterior para reforzarlo y comprobar si los modificadores de conducta eran adecuados. Se trabajó con el siguiente cuadro:

Sugerencias de trabajo	Cuando un niño se muestre agresivo o violento puede utilizar las siguientes técnicas:
Buscar un antecedente:	<p>Un antecedente es lo que sucede antes del comportamiento agresivo del niño.</p> <p>Los antecedentes inmediatos son más fáciles de identificar y ocurren inmediatamente antes del comportamiento.</p> <p>Los antecedentes removidos son más difíciles de identificar y ocurren en un determinado punto antes del comportamiento.</p>

<p>Concéntrate en el comportamiento que puede observar y medir, esto es la conducta.</p>	<p>Como por ejemplo: pegarse a sí mismo o a otra persona, morder, gritar, escupir o hacer rabietas. Estas son conductas que deseamos extinguir o disminuir y es importante tomarlas en cuenta sin olvidarnos de las conductas que deseamos reforzar, como por ejemplo: cuando un niño ayuda a otro, una caricia, una sonrisa, el seguir instrucciones o el colaborar.</p>
<p>Las consecuencias son las cosas que ganamos o evadimos.</p>	<p>Los logros alcanzados por los niños con comportamiento inapropiado son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención • Estimulación (sentir el contacto físico de su cuidador) • Control (de la situación y del cuidador) • Materiales (juguetes) • <p>Lo que evitamos con comportamiento inapropiado es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demandas • Personas • Estimulación sensorial
<p>Iniciamos la reducción de un comportamiento definiendo el comportamiento que deseamos reducir.</p>	<p>Seleccione un sistema de medición: en un cartel o en una hoja de apuntes, para medir con qué frecuencia sucede una conducta inadecuada, qué lo ocasiona, cual es la conducta inadecuada y que recibe al comportarse de esta forma.</p>
<p>Haga una evaluación de conducta funcional.</p>	<p>Seleccione un sistema de medición: en un cartel o en una hoja de apuntes, para medir con qué frecuencia sucede una conducta inadecuada, qué lo ocasiona, cual es la conducta inadecuada y que recibe al comportarse de esta forma.</p>
<p>Reforzar</p>	<p>Es el proceso por el cual se promueve una cierta consecuencia por un comportamiento específico, causando ese comportamiento a incrementar. El refuerzo es el resultado del comportamiento. Las consecuencias son los resultados del comportamiento.</p>
<p>Extinción: con la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prepárese por una explosión de extinción, debe tener

extinción se reduce, minimiza o elimina un reforzador por comportamiento	<p>alternativas y encontrar algo que le ayude a pasar ese momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluya procedimientos de refuerzo.
Evite decirle a un niño por adelantado acerca del refuerzo que tendrá.	<ul style="list-style-type: none"> • “si te portas bien, te doy un dulce”. • Evite recordarle a un niño acerca de los refuerzos. Ej.: “Acuérdate que te iba a dar un dulce sí te portabas bien” • Evite la oferta de mas reforzadores por comportamiento que escala. Ej.: “Bueno, sí te portas bien te voy a comprar un dulce y un helado”.

- **Sexta sesión:** se trabajó el cómo se puede disminuir una conducta no deseada, poniendo en práctica los siguientes modificadores de conducta:

Modificador	Definición	Ejemplo
Extinción	Descubrir lo que está reforzando la conducta indeseable y remover este reforzador.	<p>Es frecuente el reforzador es la atención.</p> <p>Se puede ignorar al niño siempre que haga berrinches, se puede hacer más intenso durante algún tiempo para luego disminuir estos arranques.</p>
Entrenamiento de omisión	Al niño se le refuerza para que no haga algo. Es enseñar a omitir una conducta.	Si vemos un niño mordiéndose el brazo o mordiendo al otro le podemos decir: “yo tengo aquí una sorpresa para ti pero sí te sigues mordiendo o mordiendo a tu compañero tendré que guardarla”
Tiempo Fuera	Es retirar a un niño de una situación que le gusta, cuando muestre una	Si le gusta estar en el salón de clase, si se le remueve de esta situación cuando está haciendo desorden, la conducta perturbadora disminuirá.

	conducta no deseada.	
Castigo	Cualquier cosa que reduce la frecuencia de la conducta que le precede.	<p>Normas para el uso del castigo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe usar como último recurso, cuando se ha demostrado que otros métodos, por ejemplo la extinción o el reforzamiento de una conducta contraria, son inapropiados o ineficaces. 2. La conducta que se va a castigar debe definirse con toda precisión. 3. Los niños deben estar enterados de las razones por las que se le castiga. 4. El castigo debe ser consistente. Siempre que los niños hacen algo indebido, tienen que ser castigados, nunca se debe amenazar con un castigo sin llevarlo a afecto. 5. Los niños deben disponer de conductas alternativas por las que no se les castigue. Un abuso frecuente es castigar a los niños por hacer algo sobre lo cual apenas tienen control; por ejemplo castigar a un niño por orinarse en la ropa cuando no ha tenido la madurez fisiológica para controlarse a sí mismo.

- **Séptima Sesión:** se trabajó con la niñeras la lectura profunda del manual, haciendo una puesta en común acerca de cómo se sintieron, qué comprendieron, qué no comprendieron, qué consideraban cambiar, qué les gustaba y que nos les gustaba, para poder realizar los cambios necesarios y pulir

la impresión final del manual, de forma que tuviera una comprensión general para todo tipo de población.

- **Octava Sesión:** en esta última sesión, se logró trabajar con las niñeras y los monitores en conjunto de los distintos turnos rotativos, para poder hacer la culminación de la capacitación, donde se les dio a cada uno un diploma de participación, brindado por el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico; fue apoyado por la directora y la psicóloga del Centro, en donde se les agradeció por haber sido parte de ésta investigación, reconociendo el esfuerzo brindado por cada una de las niñeras y de los cuatro monitores.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

1. Las niñeras y monitores carecen de las herramientas adecuadas y necesarias para trabajar con niños, niñas, jóvenes y adultos que tienen retraso mental y que presenten conductas agresivas y violentas.
2. La capacitación hacia las niñeras y monitores brindó un aprendizaje sobre las psicopatologías, retraso mental y el abordaje adecuado de los niños, niñas, jóvenes y adultos con modificadores de conducta del Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico.
3. El encierro, el hacinamiento y la falta de comunicación entre cuidador-paciente, produce en los niños, niñas, jóvenes y adultos, reacciones agresivas y violentas.
4. La escases de recursos humanos, conlleva a la frustración, agotamiento físico, mental, psicológico y emocional del personal, provocando un manejo y cuidado iniciado hacia los pacientes e interrelaciones problemáticas con el personal.
5. La mayoría de las conductas agresivas y violentas es debido a la falta de atención y afecto de los cuidadores hacia los pacientes.
6. Algunos tipos de Psicopatologías influyen en el comportamiento inadecuado de los pacientes como el trastorno bipolar, pobre control de impulsos, trastornos de ansiedad, la depresión, entre otros.

4.2 Recomendaciones

1. Realizar un programa de atención que promueva la utilización de modificadores de conducta.
2. Aprovechar el conocimiento que las niñeras y monitores tiene de los niños, niñas, jóvenes y adultos del Centro.
3. Orientar al personal sobre la comunicación con las niñeras para una mejor relación entre ambos y mayor aprovechamiento del trabajo por parte de ambos.
4. Que la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala esté mayor comprometida con las instituciones del estado para brindar atención en salud mental.
5. Brindar herramientas necesarias para el manejo de conductas agresivas y violentas en los pacientes del centro a futuras y futuros empleados del Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico.
6. Brindar al personal la disposición absoluta del manual.
7. Que la Escuela de Ciencias Psicológicas se comprometa a enviar practicantes de la carrera Técnica Terapia de Lenguaje.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, Julian de. **(Cap. 9 Psicopatología de las Funciones Cognitivas), Manual de Psicopatología del niño**, traducción por Feliu i pi, Maria Helena, Barcelona: Masson, S.A. 1996. 173-186 pp.
- Aujuriaguerra, J. Capítulo XIII (Psicopatología de las Funciones Agresivas) **Manual de Psiquiatría Infantil**, Masson, 1983, 409 – 447 pp.
- Bowlby, J. **Los Cuidados Mternos y la Salud Mental**, Traducción por la Organización Mundial de la Salud, Publicaciones Científicas No. 14, 1954, 233pp.
- Carr Clealand, Charles & Swartz, John David **Retardo Mental: Conceptos para un Cambio Institucional**, México Trillas, 1990, 270 pp.
- Dicaprio, Nicholas S. **Teoría de la Personalidad**, México McGRAW – HILL Interamericana de México, S.A. de C.V., 2007, pp. 437 – 530.
- Freud, Anna **Psicoanálisis del Jardín de Infantes y la Educación del Niño**, traducción Stella B. Abreu, Inés Prardal y Carlos E. Saltzmann, España, Editorial Paidós, 1984, pp. 120
- Hernández Sampieri, Roberto **Metodología de la Investigación. Tercera Edición**, México McGRAW – HILL Interamericana de México, S.A. de C.V., 2003, 705 pp.
- Ingalls, P. Robert **Retraso Mental: la Nueva Perspectiva**, traducción por Pedro River Ramírez, México DF: Manual Moderna, S.A de C.V, 1982, 456 pp.
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.). (Trastornos de Inicio en la Infancia, la niñez o la adolescencia) **DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado**. Barcelona: Masson, 2005. 45-154. Pp.

- Morris, Charles G. **Psicología**, traducción por María Elena Ortiz Salinas, México, Pearson Educación, 2005, 610pp.
- O`Connor, Kevin (Capitulo 15 Terapia de Juego con pacientes que padecen deficiencia mental) **Manual de Terapia de Juego; Volumen Dos: Avances e innovaciones**, México: El Manual Moderno, 1997. 419-444 pp.
- Papalia Diane E, Wendekos Sally, Duskin Ruth (Capitulo 11 Desarrollo Psicosocial en la niñez Temprana) **Psicología del Desarrollo de la Infancia a la adolescencia**, traducción por Leticia Pineda Ayala, José Luis Núñez Herejón, McGraw-Hill Interamericana, 2007. 303- 366 pp.
- Pinel, John P.J. **Biopsicología**, traducción María José Ramos Platón, Madrid, Pearson Educación, S.A., 2007. 640pp.
- Ribes Iñesta, Emilio. **Técnicas de modificadores de conducta: su aplicación al retardo en el desarrollo**. México: Trillas 1986. 283 pp.
- Stahl, Stephen M. **Psicofarmacología esencial**, traducción Lola Castaño Linares, España, Editorial Ariel, S.A. 2000. 428 pp.
- Sundel, Martin & Sundel Stone, Sandra, **Modificación de Conducta Humana: Introducción Sistemática a los Conceptos y Aplicaciones**. Traducción: Manuel Arboli Gascon, Editorial Limussa, México, 1981. pp.293.
- Terapias Psicológicas Infantiles **Técnicas y Características de Modificación de Conducta**, http://www.ibacs.es/pir/material/apunts_terapiainfantil.pdf
- Verdugo Alonso, Miguel Ángel (1984, 14 de abril) **Terapia Cognitivo Conductual en la Deficiencia Mental** <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=156>

ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano – CUM
Proyecto de Investigación

**CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN
CENTRO RESIDENCIAL PSIQUIÁTRICO NEUROLÓGICO**

FECHA: _____

Instalaciones del centro

1. Tipo de instalaciones y entorno (zonas verdes, espacio, etc.):

2. Condiciones de las instalaciones:

- **Número de habitaciones:**
- **Número de camas en cada habitación:**
- **Amplitud:**

- **Higiene:**

- **Temperatura:**

- **Ventilación:**

- **Luminosidad:**

- **Espacios libres para juego:**

- **Fuentes de estímulos (radio, TV, animales, etc.)**

3. Lugares de la Institución más frecuentados por los niños:

a. Dormitorio:

- **Características (luz, mobiliario, espacio libre, alfombras, decoración, etc.):**

- **¿Con quienes duermen?**

- **Cama del niño (adecuada, tipo de colchón, existencia de estímulos en ella, etc.)**

b. Salón de estar o sala de juego:

- **Espacio libre:**

- **Decoración:**

- **Alfombras y mobiliario:**

- **Ventanas:**

- **Juguetes:**

- Otros:

Ambiente de la Institución

1. Baño y aseo del niño:

- Lugar:

- Duración:

- Posición del niño en el baño:

- Jabón, esponja y toalla que se emplea:

- Empleo de aceites y cremas después del baño:

- Se interacciona durante el baño:

- Se baña solo:

2. Comida:

- Tipo de alimentación (biberón, sólido...):

- Empleo de la cuchara:

- Posición de los niños comiendo:

- **Vaso que se utiliza para beber:**

- **Horarios de comida y con quienes comen:**

- **Otros:**

3. Vestirse y desnudarse:

- **Actitud del niño en estas actividades (participación del niño):**

- **Actitud de las niñeras en estas actividades:**

- **Tipo de prendas (posibilidad de movimientos amplios):**

4. Relaciones con los niños:

- **Tipo de estímulos que recibe (auditivos, visuales, táctiles, etc.)**

- se juega con el niño:

Quienes juegan con los niños:

Tipos de juegos que se realizan:

- salidas a la calle, parques, tipo de recreación fuera de la institución:
- horarios para dormir:
- reacciones más sobresalientes del niño en sus relaciones con las niñeras y el personal de la institución:

- actitudes de las niñeras _____

- actitudes del personal _____

- actitudes de los niños ente sí _____

- actitudes de otras personas que conviven con los niños _____

5. ¿Cómo se siente cuando los niños recurren a una conducta agresiva y violenta?

6. ¿Qué conocimientos considera usted que le gustaría aprender para poder manejar una conducta agresiva y una conducta violenta?

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano – CUM
Proyecto de Investigación

“EVALUACION FUNCIONAL DE LA CONDUCTA”

Evaluación Funcional de la Conducta: Parte 1 (Descripción)

Fecha: _____

Nombre del Alumno: _____ ID: _____ Fecha de nacimiento: _____ Encargado: _____
Origen de información: ___ Observación ___ Entrevista alumno ___ Entrevista maestro ___ Entrevista padres ___ Escala de calificación ___ Evaluación normativa

Descripción de la conducta: (No. _____):
Escenario(s) en los que la conducta ocurre:
Frecuencia:
Intensidad: (Consecuencias del problema del comportamiento en el alumno, compañeros, ambiente instrucción):
Duración:
Describe las intervenciones previas:
Impacto Educativo:

Nombre: _____ Fecha: _____

Evaluación Funcional de la Conducta: Parte 2 (Función)

Función de la conducta (No. _____): Especifique la función hipotética de cada área marcada debajo.

___ **Regulación afectiva/Reactividad emocional** (Factores de identidad emocional; ansiedad, depresión, ira, auto estima baja; que predispone a comportamiento inapropiado):

___ **Distorsión cognitiva** (Identifique pensamientos distorsionados; atribuciones erróneas, enunciados negativos de sí mismo, interpretaciones equivocadas de eventos; que juegan un rol en el desarrollo del encause a comportamiento inapropiado):

___ **Refuerzo** (Identifique detonadores ambientales y ganancias que juegan un papel en el comportamiento inapropiado):

Antecedentes:

Consecuencias:

___ **Modelaje** (Identifique el grado en cual el comportamiento es imitado, a quién le están imitando la forma de la conducta, y el por qué está copiando el comportamiento):

___ **Situaciones Familiares** (Identifique circunstancias familiares que anteceden al comportamiento inapropiado):

___ **Constitucionalidad Fisiológica** (Identificar características fisiológicas o de personalidad, discapacidad del desarrollo, temperamento que influyan al problema en cuestión):

___ **Necesidad de comunicación** (Identifique lo que el alumno está tratando de decir a través del comportamiento inapropiado):

___ **Currículo/Instrucción** (Identifique de qué manera la instrucción, el currículo, ó el ambiente académico afecta al desarrollo del comportamiento inapropiado):

Plan de Intervención de Conducta

Fecha: _____

Nombre del alumno: _____ ID: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Encargado: _____

Conducta Número(s)	Meta(s) Esperada(s)	Intervención(es) y Frecuencia(s) de intervención	Persona Responsable	Meta/Intervención Anotaciones



**MANUAL DE ATENCIÓN DE PERSONAS
CON RETRASO MENTAL QUE PRESENTAN
CONDUCTAS AGRESIVAS Y VIOLENTAS A
TRAVÉS DE MODIFICADORES DE
CONDUCTA**

**Por: Rosa Lucía Canahui y Ana Julia
Bendfeldt**



Tema de Investigación:

**MANUAL DE ATENCION DE PERSONAS CON RETRASO MENTAL QUE PRESENTAN
CONDUCTAS AGRESIVAS Y VIOLENTAS A TRAVÉS DE MODIFICADORES DE
CONDUCTA**

Realizado por las alumnas:

Rosa Lucía Canahui Vásquez

Y

Ana Julia Bendfeldt Maldonado

**Estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos
de Guatemala**

Asesorado por:

Licda. Martha Yolanda Maldonado

Psicóloga Clínica y Terapeuta del Lenguaje

Objetivo General

- Lograr a través de la aplicación del manual que los trabajadores de salud desarrollen técnicas adecuadas para trabajar con personas con retraso mental que presenten conductas agresivas y violentas.

Objetivos Específicos

1. Brindar herramientas adecuadas al personal para el manejo de conductas agresivas y violentas que se presentan en los pacientes.
2. Brindar conocimientos sobre las psicopatologías que existen en los pacientes para un abordaje asertivo hacia los pacientes.
3. Promover el aumento de conductas adecuadas y la disminución de conductas inadecuadas en los residentes.
4. Evaluar la aplicación de los modificadores de conducta en los pacientes con retraso mental que presentan conductas agresivas y violentas.

PRESENTACIÓN

La creación de éste manual, surge después de una serie de convivencias con los pacientes del Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico y con el personal que los acompaña.

Surge como una motivación para facilitar la relación cuidador – paciente y disminuir a través de técnicas de modificadores de conducta, las tensiones, frustraciones y explosiones emocionales, psicológicas y conductuales que se manifiestan continuamente.

El objetivo es proporcionar una serie de procedimientos y sugerencias a trabajar desde una experiencia concreta y simple que permita un abordaje armonioso hacia los pacientes.

Quedan muchas cosas por hacer, pues el trabajo con personas es una evolución continua; esperamos que las y los compañeros que nos sucedan aporten cambios a este manual para convertirlo en algo que se acomode a las necesidades de las distintas poblaciones.

A nosotras personalmente la experiencia de convivir en el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico y elaborar un manual de abordamiento conductual nos ha transformado la vida, nos ha sensibilizado y nos ha ayudado a comprender que entre el proceso de salud y enfermedad mental, sólo hay un paso.

Agradecemos al Centro por abrirnos las puertas, al personal por apoyarnos e incluirnos y especialmente agradecemos a los niños, niñas, jóvenes, adultos y adultas que residen en el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico

Rosa Lucía Canahui y Ana Julia Bendfeldt

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
Descripción de la Institución, diagnóstico y necesidades	1
Elementos Teóricos	4
Sugerencias a Trabajar:	
1. ¿Cuáles son los pasos que necesitamos aprender para aumentar la frecuencia de una conducta adecuada?	11
a. Especificar la Conducta que se va a aumentar	11
b. Determinar el reforzador apropiado	12
c. ¿Qué es lo que no debemos hacer al usar un reforzador?	15
d. Ejemplos de Posibles Reforzadores	17
e. Medir la Línea Base de la Conducta	18
f. Organizar la situación de suerte que exista la máxima probabilidad de que la respuesta ocurra	19
g. ¿Cómo se hace el Contrato?	20
h. Hacer contingente el reforzador sobre la conducta deseada	22
i. Efectuar las debidas anotaciones	24
2. ¿Cómo podemos reducir la frecuencia de una conducta indeseable?	25
a. Buscar un antecedente	25
b. Extinción	26
c. Establecer una respuesta incompatible	27
d. Entrenamiento de omisión	28
e. Tiempo Fuera	30
f. Castigo	31
g. Sugerencia	33
3. Bibliografía	34

MANUAL DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON RETRASO MENTAL QUE PRESENTAN CONDUCTAS AGRESIVAS Y VIOLENTAS A TRAVÉS DE MODIFICADORES DE CONDUCTA

Descripción de la Institución

En sus inicios el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, tenía el nombre de “Centro Experimental Psicopedagógico”, que se encontraba ubicado en la zona 11 de la Ciudad de Guatemala. En este lugar únicamente se albergaban 40 residentes, debido al tamaño de las instalaciones.

A principios de la década de los años 90, el Voluntariado para el Centro Experimental Psicopedagógico – VOCEP -, conformado por un grupo de damas, gestionó la adquisición de un terreno y la construcción de instalaciones básicas para poder trasladar a los residentes. Desde el año 1994 el centro se encuentra ubicado en la 17 calle “A” 7 – 04 “Aurora 1”, Zona 13 de la Ciudad de Guatemala.

El perfil de la población a atender es de niños y niñas de 7 a 18 años de edad, con discapacidad cognitiva severa y profunda, motivo por el cual se cambió el nombre a “Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico”, perteneciendo ahora a la Secretaria de Bienestar Social.

El centro cuenta con un espacio donde dormir, un espacio donde ingerir alimentos, servicios sanitarios, área de distracción, una clínica médica, un espacio de atención médica psiquiátrica y un espacio de atención psicológica, área de trabajo de educación especial, de terapia ocupacional y de fisioterapia. Dentro del centro se atienden alrededor de 74 personas, entre ellos 31 mujeres y 43 hombres,

comprendidos entre los 07 y 46 años de edad.

Los residentes se encuentran con un diagnóstico psiquiátrico y tratamiento farmacológico psiquiátrico.

El personal está constituido por una médica psiquiatra, una psicóloga, tres educadoras especiales, una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, una fisioterapeuta, un médico internista, dos enfermeras, tres cocineras, una encargada de lavandería, 16 niñeras y monitores con turnos rotativos, y el personal administrativo.

Diagnóstico

El centro se especializa en dar atención a personas que presentan retraso mental, enfermedades congénitas y trastornos de la personalidad. La mayoría de las personas atendidas en el centro, tienen un nivel de desarrollo entre los 3 y 10.9 años de edad mental (Cuadro de diagnóstico psiquiátrico y control de peso, talla e índice de masa corporal, Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico, 2012).

Este centro fue diseñado únicamente para atender pacientes menores de edad con retraso mental severo y profundo, pero debido a la escasez de centros públicos de este tipo en Guatemala, se reciben pacientes con diferentes tipos de diagnósticos y con diversidad en edades. La mayoría de los pacientes ingresan por orden judicial; además, por desconocimiento, los jueces remiten a personas con diferentes enfermedades mentales, no necesariamente aquéllas para cuya atención el centro fue originalmente concebido.

Es posible encontrar internos de diferentes edades y niveles de retraso mental, sin que ello corresponda con programas de atención específica y especializada para sus necesidades particulares. De acuerdo con la opinión de especialistas, la cohabitación

de personas con retraso leve y profundo, puede generar un impacto negativo, pues las primeras aprenden, adaptan y adoptan conductas “primitivas” de las segundas. Al enviar internos con problemas propios de los niños y niñas de la calle, por tratarse de problemáticas totalmente diferentes, unas de carácter psicosocial y otras de carácter psicobiológico, la atención se dificulta, pues surgen conflictos entre diferentes estados clínicos, sin que el centro tenga la capacidad para dar respuestas a cada uno de ellos.

El estado de salud de los pacientes va desde situaciones de un retraso mental moderado hasta aquellas en las que se presentan períodos de ansiedad y agresividad, llegando a la autoagresión.

Necesidades:

Las necesidades que presenta el Centro Residencial Psiquiátrico Neurológico son las siguientes:

- Inadecuada infraestructura para la clasificación de las personas que residen en el Centro, de acuerdo a su edad mental.
- Contratación de más niñeras y de profesionales en la salud mental para cubrir el 100 por ciento de las necesidades de los residentes.
- Mayor capacitación al personal que trabajan con personas con retraso mental.
- Aplicación de modificadores de conducta.

Elementos Teóricos

Es importante que usted conozca el significado de ciertos elementos teóricos para la aplicación de modificadores de conducta en personas con retraso mental que presentan conductas agresivas y violentas, con el fin de disminuir o extinguir estas conductas.

Los elementos son los siguientes:

- **Retraso mental:** es la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce a limitaciones en el desarrollo normal de una persona y se caracteriza por un funcionamiento intelectual por debajo de la media. Presentando limitaciones en áreas adaptativas como el cuidado personal, la comunicación, las habilidades sociales, el autogobierno, el ocio, el trabajo, la salud y la seguridad. Se divide en:

Leve CI 50 – 55 a 70	El individuo puede ser capaz de funcionar adecuadamente en la sociedad. Puede aprender habilidades académicas comparables a las de un niño de sexto grado y es capaz de satisfacer sus necesidades básicas, aunque requiere de ayuda especial en los momentos de estrés inusual.
Moderado CI 35-40 a 50-55	Estas personas se benefician del entrenamiento vocacional y pueden viajar solas. Pueden aprender a un nivel de segundo grado y realizan trabajo diestro en un taller especial si se les proporciona supervisión y guía.
Grave/Severo CI 20-25 a 35-40.	Estas personas no aprenden a hablar ni las practicas de higiene básica antes de los seis años. Aunque no pueden aprender habilidades vocacionales, son capaces de realizar

	tareas sencillas de supervisión.
Profundo CI 20-25	Requieren de cuidado constante. Por lo regular las personas de este grupo tienen un diagnóstico de un trastorno neurológico.

- **Agresividad:** abarca todas las conductas que pretenden causar daño físico o psicológico a los demás. La intensidad es un elemento clave de la agresión.
- **Autoagresión:** es hacerse daño a uno mismo de forma física, emocional, mental y psicológica.
- **Agresión Pasiva:** perjudicar, agredir o lastimar a alguien de forma indirecta y no violenta, como el no hacer nada o ignorar una situación de peligro.
- **Agresión Reactiva:** describe conductas que suscitan como reacción a una provocación o una amenaza percibida (real o imaginaria).
- **Agresión Proactiva:** incluye acciones desencadenadas intencionalmente para resolver conflictos o para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor.
- **Enfermedades mentales:** son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, como en el razonamiento, en el comportamiento, en la facultad de reconocer la realidad y en la forma de adaptarse a las condiciones de vida. Las enfermedades mentales que podemos encontrar en el centro son:

1. Depresión	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés en las actividades y suele estar acompañado de culpa excesiva o sentimientos de minusvalía.
2. Trastorno afectivo	Trastorno del estado de ánimo en el que se alteran

bipolar	periodos de manía y depresión, en ocasiones alternando con periodos de un estado de ánimo normal.
3. Manía	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por estados eufóricos, actividad física extrema, locuacidad excesiva, distracciones y algunas veces por grandiosidad.
4. Esquizofrenia	Trastorno grave en los cuales existen perturbaciones del pensamiento, comunicación y emociones. Incluye: delirios (creencias falsas acerca de la realidad que no tiene base en los hechos) y alucinaciones (experiencias sensoriales en ausencia de estimulación externa). Lenguaje desorganizado (suelen ser ideas de persecución, de grandeza, religiosas, de celos e hipocondríacos) y comportamiento gravemente desorganizado (agitación, incapacidad de organizarse y de mantener la higiene personal)
5. Esquizofrenia Paranoide	Se suele presentar el aislamiento social, tensión, aumenta el estado de alerta y la persona tiende a ser reservada. Es característico que las personas tengan un sentido exagerado de “autoimportancia” o delirios de grandeza, sentimientos irreales de celos y alucinaciones principalmente auditivas y visuales.
6. Esquizofrenia Hebefrénica	Las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible.

	<p>La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con risas inusuales como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas.</p> <p>Comienza entre los 13 y 25 años de edad, y puede confundirse con un retraso mental.</p> <p>Se caracteriza principalmente por la rápida aparición y prevalencia de embotamiento afectivo y la abulia.</p>
7. Trastorno en el Control de Impulsos	<p>Es la incapacidad para resistir o manejar un impulso que es peligroso para otros o para sí mismo, el impulso se va incrementando para experimentar placer y gratificación o simplemente liberar la tensión acumulada. Puede verse o no acompañado de culpa y autoreproche.</p>
8. Trastorno Explosivo Intermitente	<p>Episodios de impulsividad generalizada y agresividad, que conducen a daños en otros y pueden ser precedidos por un aura.</p>
9. Hipersexualidad	<p>Es el aumento repentino de la libido o de la actividad sexual, se puede presentar debido a algunos problemas médicos o por el consumo de algunos medicamentos y algunas veces la causa es desconocida.</p>
10. Cleptomanía	<p>Robos repetidos de objetos no siempre necesarios, a veces de poco valor y que el individuo podría costear, acompañados de sensación placentera, que empeora con el estrés y la ansiedad.</p>

<p>11. Tricotilomanía</p>	<p>Es un comportamiento compulsivo que consiste en el arrancamiento compulsivo del cabello que conduce a áreas de calvicie no muy bien delimitadas. La compulsión es repetitiva y ofrece gratificación inicialmente, para luego dar paso a la agitación y la ansiedad.</p>
<p>12. Trastorno Autista</p>	<p>Trastorno de la niñez permanente, profundo e irreversible caracterizado por la falta de instintos sociales y una conducta motora extraña.</p>
<p>13. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad</p>	<p>Trastorno de la niñez caracterizado por la falta de atención, impulsividad y una actividad extrema, más allá de lo normal.</p>
<p>14. Trastorno obsesivo-compulsivo</p>	<p>Es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos intrusivos, recurrentes y persistentes, que producen inquietud, aprensión, temor o preocupación, y conductas repetitivas, dirigidas a reducir la ansiedad asociada.</p> <p>Las obsesiones son las ideas que causan la ansiedad, que conducen a tener conductas repetitivas llamadas compulsiones.</p>
<p>15. Síndrome convulsivo</p>	<p>Presencia de crisis convulsivas frecuentes, resultado de una descarga neuronal súbita, excesiva y desordenada en la corteza cerebral, puede causar daño neuronal irreversible.</p>
<p>16. Psicosis</p>	<p>Desorden mental severo, con o sin un daño orgánico,, caracterizado por un trastorno de personalidad; es pérdida de contacto con la realidad</p>

	y causa el empeoramiento del funcionamiento social normal, donde la persona se aísla, presenta una conducta motora, trastornos en el lenguaje, en las funciones intelectuales y afectivos.
--	--

- **Incontinencia Urinaria:** es la pérdida del control de la vejiga. Los síntomas pueden variar desde una fuga de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta. Puede ocurrirle a cualquier persona, ocurre cuando los músculos están demasiado débiles o demasiado activos.
- **Control de Esfínteres:**

Enuresis	Consiste en la expulsión involuntaria de orina, más allá de la edad en la que se alcanza el control vesical (4-5 años como edad extrema).
Encoprésis	Es la eliminación de la materia fecal, esta se produce, por una acción refleja involuntaria, coordinada y compleja. La emisión repetida de heces se da en lugares inadecuados, pudiendo ser involuntaria en la mayoría de los casos, pero en ocasiones es intencionada.

- **Salud Mental:** es la manera como se reconoce el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones, para alcanzar un bienestar y calidad de vida.
- **Edad Mental:** es la edad que ha alcanzado la mente de una persona en

comparación con el promedio o norma de desarrollo para cada año de edad cronológica.

- **Conducta:** manera de proceder de una persona en relación a su entorno o ante un estímulo.
- **Modificadores de Conducta:** aplicación práctica de los conceptos y principios de la conducta, con la finalidad de predecir y cambiar la conducta. El objetivo es promover el cambio a través de técnicas para mejorar el comportamiento de una persona.
- **Reforzador:** cualquier estímulo que aumenta la probabilidad de que una conducta se repita en un futuro
- **Reforzador positivo:** es el reforzador que aumenta la conducta, porque al hacer esta conducta se recibe algo gratificante.
- **Reforzador negativo:** es el aumento de probabilidad que una conducta ocurra, como consecuencia de la omisión de un estímulo. Elimina el estímulo desagradable, donde la persona escapa o evita éste estímulo.
- **Personas institucionalizadas:** persona por la cual el Estado adquiere la total tutela y responsabilidad debido al abandono del grupo primario de apoyo.
- **Moldeamiento:** pretende aumentar la frecuencia de una conducta en un individuo que no la realiza o que no la hace con tanta frecuencia como se desearía, por medio de la imitación de la conducta deseada.

Sugerencias a trabajar:

Los modificadores de conducta se pueden trabajar de forma grupal o individual, para que funcionen, y para que la conducta quede establecida se necesita de una repetición de 21 veces o más.

Los reforzadores tendrán que ser una sorpresa o un premio, esto les ayudará a ser creativos. Es importante no dar todos los días una misma sorpresa o un mismo premio.

1. ¿Cuáles son los pasos que necesitamos aprender para aumentar la frecuencia de una conducta adecuada?

a. PASO UNO - Especificar la conducta que se va a aumentar:

Es el paso más fácil, ya que el diagnóstico del problema generalmente contiene la solución. Se debe **nombrar e identificar** la conducta que se quiere aumentar claramente y proponer metas realistas.

Ejemplo:

“Un niño ayuda a dirigir a los niños más pequeños al comedor, a la hora del desayuno.”

Conducta a aumentar: ayudar a los niños más pequeños.

Meta: todos los días, cada tiempo de comida.



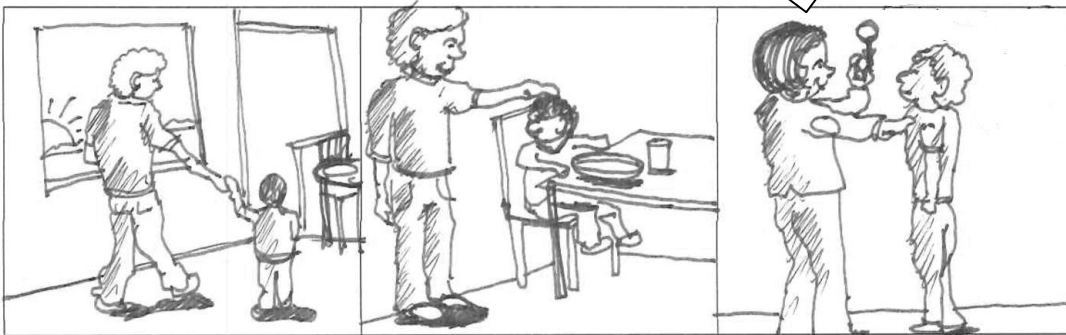
b. PASO DOS - Determinar el reforzador apropiado:

Este es el paso más importante. Es importante que el reforzador siga inmediatamente a una conducta deseada.

Cada niño es diferente y lo que es altamente reforzante para uno, puede no serlo para otro.

Ejemplo: *“Un niño ayuda a dirigir a los niños más pequeños al comedor, a la hora del desayuno.”*

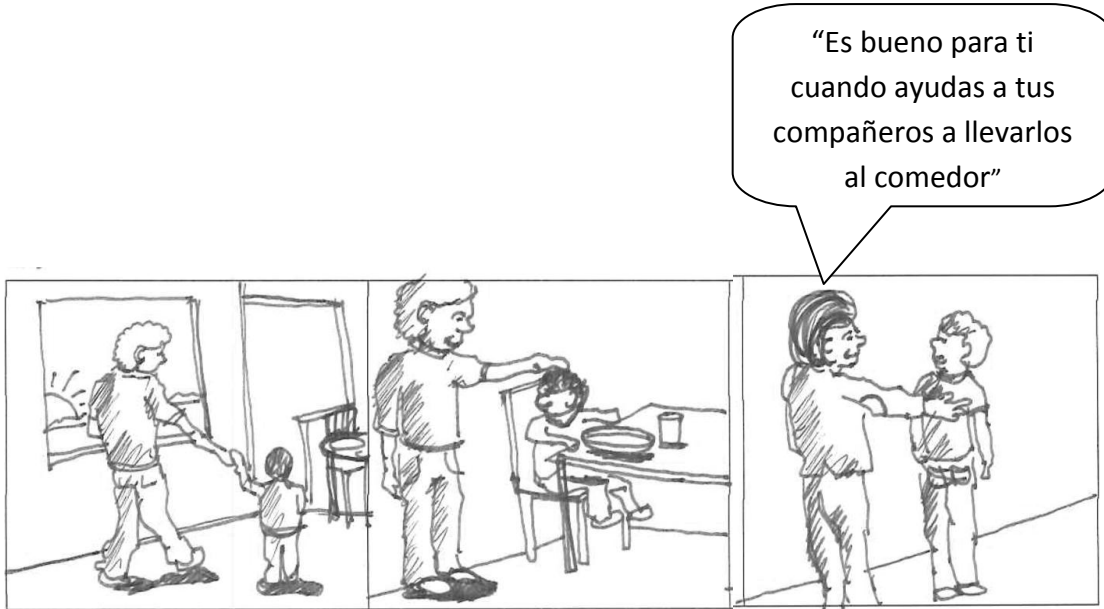
Es bueno para ti cuando ayudas a tus compañeros a llevarlos al comedor



Reforzador Social: es el que usamos en forma de felicitaciones, brindando afecto, poniendo atención a las cosas que los niños y niñas realizan.

Ejemplo:

*“Es bueno para ti cuando ayudas a tus compañeros a llevarlos al comedor”
(seguido de una palmada en la espalda).*



Reforzador de Privilegios: es cuando se utilizan privilegios, premios o sorpresas como ver revistas, salir al patio antes que todos los demás, darles dulces.

Ejemplo:

*“Es bueno para ti cuando ayudas a tus compañeros a llevarlos al comedor”
(se le da un dulce).*



¿Qué es lo que NO debemos de hacer al usar un reforzador?

- Evitemos decirle a un niño por adelantado acerca del refuerzo que tendrá.

Ejemplo Uno: “Si te portas bien, te doy una sorpresa”.

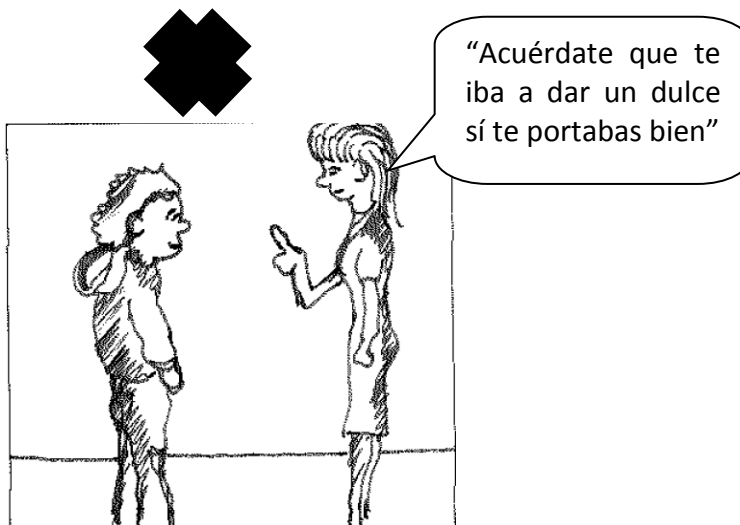


Ejemplo Dos: “Sí dejas de molestar, te saco al patio”



- Evitemos recordarle a un niño acerca de los refuerzos.

Ejemplo: “Acuérdate que te iba a dar un dulce sí te portabas bien”



- Evitemos la oferta de mas reforzadores por comportamiento que escala.

Ejemplo: “Bueno, sí te portas bien te voy a comprar un dulce y un helado”



Reforzadores posibles cuya eficacia se ha comprobado con niños pequeños y con personas que tienen retraso mental.

<p>Sucesos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comida especial • Comer fuera • Paseo por el campo • Baile • Clases al aire libre • Cocinar al horno • Estimular el canto en la clase • Brincar, rodar • Servir la comida • Peinarse mutuamente • Juntar las sillas • Lograr un lugar especial en la clase • Pasar el tiempo en privado con la maestra • Ayudar a niños más pequeños 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir o recoger las fichas • Administrar la tienda de fichas • Tener más recreo • Jugar con juegos o juguetes especiales • Escuchar la narración de cuentos • Ver películas • Usar grabadoras • Ser jefe de la clase • Vigilante de la clase • Mensajero • Distribuir papeles • Pintar • Llevar mensaje a la oficina • Limpiar el salón de clase
<p>Tangibles/ reales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Joyería de fantasía • Lápiz labial • Listones • Dulces, goma de mascar • Pequeños juguetes • Cuadernos para colorear, crayones 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelota • Cuerda para saltar • Juego de pinturas • Bocadillos, bebidas • Fotografía de sí mismo, de un amigo, de la maestra • Tarjetas • Muñecas de papel

c. PASO TRES - Medir la línea base de la conducta:

Significa la frecuencia de la conducta, en la que la conducta ocurre, mientras se aplican los modificadores. Es tomar nota de que es lo que está funcionando y lo que no está funcionando.

Ejemplo:

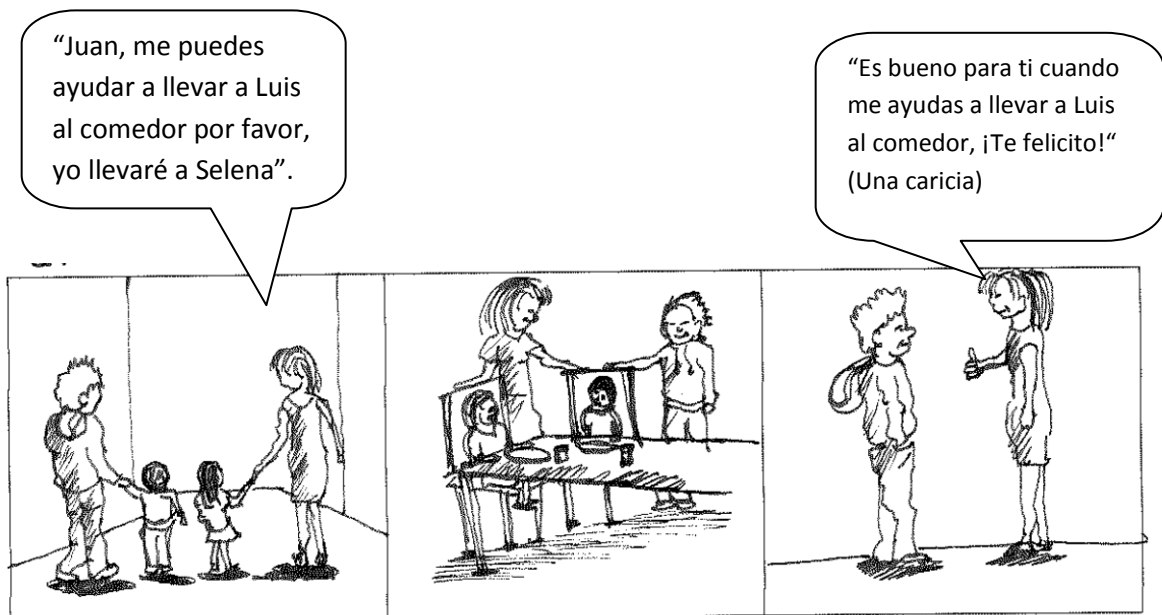
Nombre	Descripción de la Conducta	Frecuencia	Duración	Reforzador a aplicar	Fecha	Observaciones
"Luz"	Lleva a los niños al comedor.	Desayuno	15 minutos todos los días	Reforzador Social	1/1/2012	-Le agrada hacerlo. -Busca algo nuevo que hacer.
"Luz"	Lleva a los niños al comedor.	Desayuno y dos días en el almuerzo	15 minutos	Reforzador Social	15/1/2012	Le agrada hacerlo.

d. PASO CUATRO - Organizar la situación de suerte que exista la máxima probabilidad de que la respuesta ocurra:

- Lo que se trata en la modificación de conducta, es de esperar que ocurra la conducta buscada para luego reforzarla; es muy importante que se arregle la situación de tal manera que dicha conducta ocurra lo más frecuente posible.

Ejemplo:

Semana 1: Modelar la conducta: *“Llevar junto con Juan a un niño más pequeño al comedor durante toda la semana en los tres tiempos y al finalizar el ejercicio dar una sorpresa, un premio o una felicitación”*



Semana 2: “Que Juan lleve a un niño más pequeño al comedor durante toda la semana en los tres tiempos y al finalizar el ejercicio dar una sorpresa, un premio o una felicitación”



PASO CINCO: PARA LOGRAR UNA ADECUADA COMUNICACIÓN, SE DEBE HACER UN CONTRATO ANTES DE QUE INICIEN CUALQUIER ACTIVIDAD

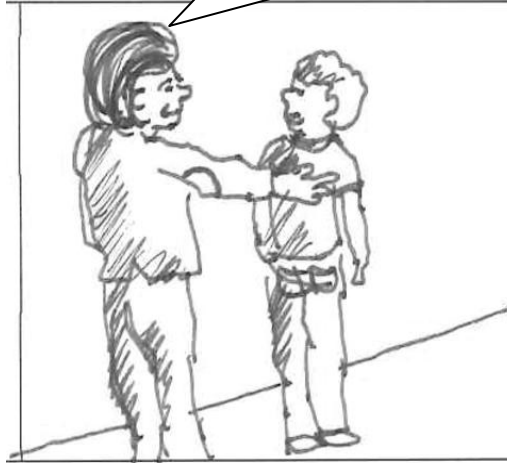
¿Cómo se hace el contrato?

- Se debe hacer un contrato con las personas en el que estipule que si se hacen cierta acción, tendrán derecho a una sorpresa/premio, y que se comprometen a no exigir el privilegio, sino hasta después de haber llevado a cabo la actividad en cuestión. No se debe amenazar con dar o no dar el reforzador (sorpresa/premio).

Ejemplo:

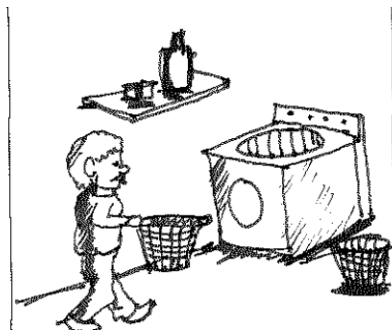
Se hace el contrato: “siempre que llesves al niño al comedor se te premiara y no me lo puedes pedir sí antes no has hecho tu tarea” (repetir las veces que sean necesarias).

Siempre que lloves al niño al comedor, se te premiará y no me puedes pedir tu premio, sí antes no has hecho tu tarea.



- En el caso que se esté modificando la conducta de un niño que no escucha se puede lograr haciendo que el niño imite a alguien que esté actuando como se quiere que el actúe, procedimiento conocido como moldeamiento. Casi todos los niños son capaces de imitar, y con frecuencia este resulta un excelente método para lograr que niños hagan algo nuevo.

Se puede observar, como una niña ayuda a llevar la ropa, luego se le puede dar al niño que no escucha un cesto para que haga lo mismo que la niña este haciendo, seguido de una felicitación ya sea con señas o un dulce.

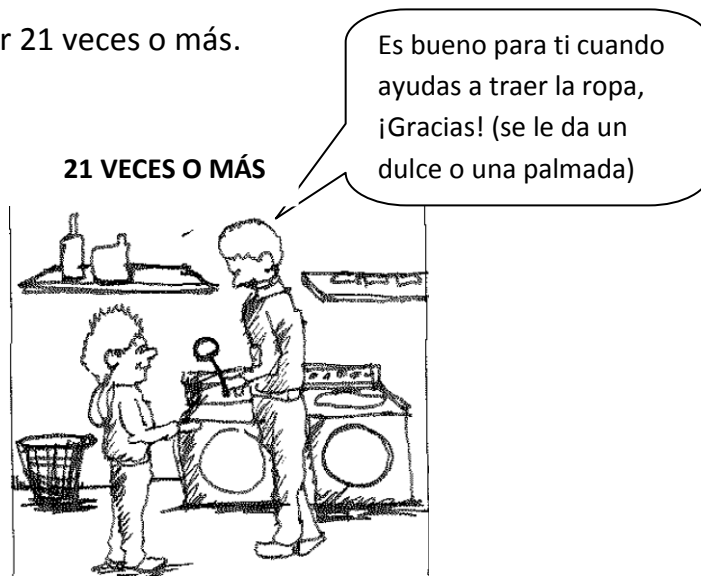


e. PASO SEIS - Planificar el reforzador sobre la conducta deseada:

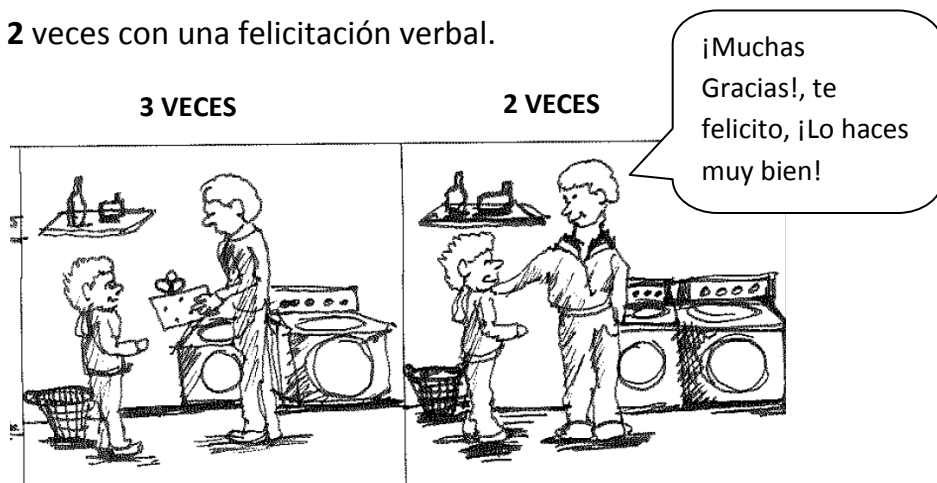
Esto se lleva a cabo observando muy de cerca el comportamiento de la persona y asegurándonos que los reforzadores de privilegios van a ir disminuyendo, mientras los reforzadores sociales aumentaran hasta lograr que el niño realice la conducta positiva sin que sea necesario utilizar algún tipo de reforzador.

Ejemplo: “Si un niño o una niña ha ayudado a llevar la ropa sucia a lavandería” cinco veces:

Semana 1: reforzar al niño o niña con una sorpresa todas las veces que haga la conducta deseada por 21 veces o más.



Semana 2: reforzar al niño o niña 3 veces que ha hecho la conducta con una sorpresa y 2 veces con una felicitación verbal.



Semana 3: reforzar al niño o niña **2 veces** que ha hecho la conducta con una sorpresa y **3 veces** con una felicitación verbal.



Semana 4: reforzar al niño o niña **1 vez** que ha hecho la conducta con una sorpresa y **4 veces** con una felicitación verbal.



f. PASO SIETE - Efectuar las debidas anotaciones

Es muy fácil determinar lo bien que va funcionando los modificadores de conducta cuando se tienen anotaciones o registros exactos de la frecuencia de una actividad deseada y es difícil llevar los modificadores de

conducta si no se llevan bien los datos. Al anotar nos sirve para saber si ha habido alguna mejoría en su conducta.

Ejemplo:

Conducta	Frecuencia	Reforzador	Fecha
“Alexis, ayudó a llevar la ropa sucia a la lavandería”	Dos veces esta semana.	“Es muy bueno para ti cuando ayudas a llevar la ropa” y se le dio un dulce y una muestra de afecto.	Semana del 16 de febrero al 22 de febrero.
“Alexis, ayudó a llevar la ropa sucia a la lavandería”	Tres veces esta semana.	“Es muy bueno para ti cuando ayudas a llevar la ropa” y se le dio un dulce y una muestra de afecto.	Semana del 23 de febrero al 29 de febrero.

2. ¿Cómo podemos reducir la frecuencia de una conducta indeseable?

a. PASO UNO - Buscar un antecedente:

Un antecedente es lo que sucede antes del comportamiento agresivo del niño.

Los antecedentes inmediatos son más fáciles de identificar y ocurren inmediatamente antes del comportamiento.

Los antecedentes removidos son más difíciles de identificar y ocurren en un determinado punto antes del comportamiento.



En este ejemplo se puede observar que antes de una respuesta, existe un antecedente, lo que sucedió antes.

Después de la respuesta hay un reforzador, en este caso, al no darnos cuenta del antecedente, reforzamos que el niño siga molestando a la niña, al llamarle la atención o regañar a únicamente a uno de ellos. **Estamos reforzando una conducta inadecuada.**

b. PASO DOS - Extinción:

Descubrir lo que está reforzando la conducta indeseable y remover este reforzador. Es frecuente que el reforzador sea la atención.

NOTA: Es importante, estar alerta y brindar atención sin que el niño, niña, joven o adulto, lo perciba.

Ejemplo: permitir al niño que haga berrinches sin ponerle atención, y se le dice “Sí tienes ganas de llorar, llora”, esto puede que se haga más intenso durante algún tiempo para luego disminuir los berrinches.



c. PASO TRES - Establecer una respuesta incompatible:

Trabajar en una conducta deseada por más tiempo. Es recomendable que para niños con necesidades especiales se establezcan periodos de tranquilidad y periodos de actividad motora y mezclarlos, el tiempo máximo en cada espacio es de 15 minutos.

Ejemplo: una conducta incompatible con el andar corriendo de aquí para allá en clase es sentarse quieto en el asiento que les corresponde. Sí la maestra implanta un programa para aumentar el tiempo que los niños pasan sentados en sus asientos, se sigue lógicamente que pasaran menos tiempo corriendo por todas partes perturbando a los demás.



d. PASO CUATRO - Entrenamiento de omisión:

Cuando al niño se le refuerza para que no haga algo, es enseñar a omitir una conducta. Al utilizar el reforzador, siempre debemos utilizarlo de forma positiva con la palabra “sí” evitando la palabra “no”.

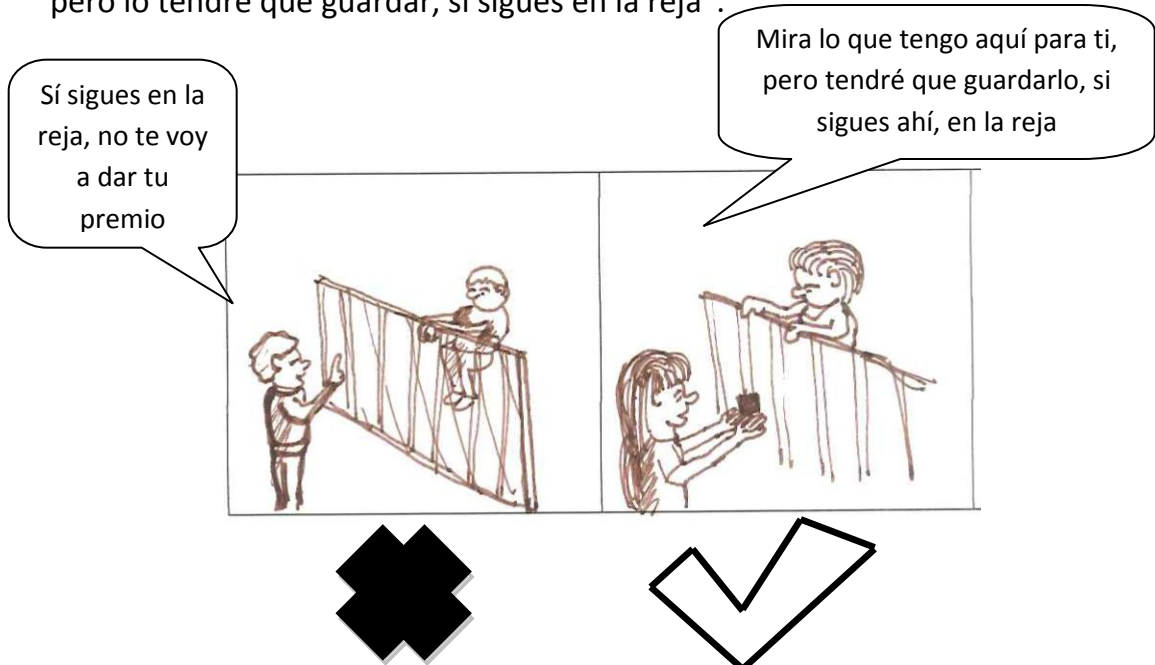
Ejemplo Uno: sí vemos a un niño mordiéndose el brazo o mordiendo a otro, le podemos decir: “Yo tengo aquí una sorpresa para ti, pero sí sigues mordiéndote o mordiendo a tu compañero, voy a tener que guardarla”



Ejemplo Dos: sí vemos a un adolescente o niño pateando o pegando a otro le podemos decir: “Mira lo que tengo para ti, pero lo voy a guardar, sí tú pateas”.



Ejemplo Tres: evite la palabra “No”, sí vemos a un niño o adolescente en la reja, le decimos “sí sigues en la reja, no te voy a dar tu premio”. Esto es incorrecto, la mejor manera seria decirle: “Mira lo que tengo aquí para ti, pero lo tendré que guardarlo, sí sigues en la reja”.



e. PASO CINCO: Tiempo Fuera:

Es retirar a un niño de una situación que le gusta, cuando muestre una conducta no deseada.

Ejemplo: sí le gusta estar en el salón de clase y realiza una conducta no deseada, se le coloca en una silla apartada dentro del salón, la conducta perturbadora disminuirá.



Nota: si se le saca del salón al patio, como le gusta estar más en el patio se está reforzando la conducta no deseada.

f. PASO SEIS - Castigo:

Cualquier cosa que reduce la frecuencia de la conducta que le sigue.

Normas para el uso del castigo:

1. Se debe usar como último recurso, cuando se ha demostrado que otros métodos, por ejemplo, cuando no se le presta atención al niño, niña o adolescente o se le felicita por una buena conducta, son inapropiados o ineficaces.

2. La conducta que se va a castigar debe definirse con toda precisión.

Ejemplo: que existan reglas de conductas que se van a castigar e informarle a los niños, niñas o adolescentes estas conductas.

3. Los niños deben estar enterados de las razones por las que se le castiga, al inicio y al final del castigo.

Ejemplo: se le informa: “Se te va a castigar por haber mordido a tu compañero”.

4. El castigo debe ser consistente. Siempre que los niños hacen algo indebido, tienen que ser castigados, nunca se debe amenazar con un castigo sin llevarlo a efecto y no se les debe amenazar con que se les va a castigar. Sí se les castiga por una conducta una vez, la segunda, tercera o las veces que realice la conducta debe ser castigado también.

Ejemplo: sí una vez se castigo un niño por morder y vuelve a morder se le debe castigar de la misma forma que la primera vez que lo hizo.

No se le puede decir a un niño: “Sí seguís pegando te voy a castigar”, y después de un rato se le dice: “Recuerda que te dije que sí seguías pegando te iba a castigar”, y el castigo nunca se aplica.

5. Los niños deben disponer de conductas alternativas por las que no se les castigue. Un abuso frecuente es castigar a los niños por hacer algo sobre lo cual apenas tienen control; por ejemplo castigar a un niño, niña o adolescente cuando se encuentran en situaciones de hacinamiento.

6. Tener un tiempo establecido para el castigo y respetarlo.

Ejemplo: sí se le aísla a un niño porque le pegó a otro, el tiempo debe ser de una hora o menos, siempre.

Sugerencia:

Sí durante el aislamiento un niño embarra de heces todo el cuarto, incluyéndose a sí mismo, el procedimiento que podríamos efectuar sería:

- Una vez el niño, niña o adolescente este calmado, debe acompañar y colaborar con la limpieza del cuarto diciéndole: “Bueno, como tú ensuciaste, tú me ayudas a limpiar”. Si no quisiera colaborar repetirle las veces necesarias, brindándole las herramientas para hacerlo (jabón, agua, cepillo, guates, etc.).
- Luego de haber terminado de limpiar el cuarto, tapizar las paredes del cuarto de aislamiento de periódico o prensa, y brindarle al niño, niña o adolescente pintura roja para repetir la conducta diciéndole: “Ahora puedes pintar con la pintura y sobre el papel”. Esto hará que la conducta disminuya.



BIBLIOGRAFÍA

- Ingalls, P. Robert **Retraso Mental: la Nueva Perspectiva**, traducción por Pedro River Ramírez, México DF: Manual Moderna, S.A de C.V, 1982, 456 pp.
- López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (Dir.). (Trastornos de Inicio en la Infancia, la niñez o la adolescencia) **DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado**. Barcelona: Masson, 2005. 45-154. Pp.
- Ribes Iñesta, Emilio. **Técnicas de modificadores de conducta: su aplicación al retardo en el desarrollo**. México: Trillas 1986. 283 pp.
- Ajuriaguerra, Julian de. (Cap 9 Psicopatología de las funciones cognitivas), **Manual de Psicopatológica del niño**, traducción por Feliuipi, María Helena, Barcelona: Masson, S.A. 1996. 173-186 pp.
- O'Connor, Kevin (Capitulo 15 Terapia de Juego con pacientes que padecen deficiencia mental) **Manual de Terapia de Juego; volumen dos: Avances e invaciones**, México: El Manual Moderno, 1997. 419-444 pp
- Carr Clealand, Charles & Swartz, John David **Retardo Mental: Conceptos para un Cambio Institucional**. México Trillas, 1990 270 pp.
- Aujuriaguerra, J. Capítulo XIII (Psicopatología de las Funciones Agresivas) **Manual de Psiquiatría Infantil** Masson, 1983 pp. 409 – 447.
- Sundel, Martin & Sundel Stone, Sandra **Modificación de Conducta Humana: Introducción Sistemática a los Conceptos y Aplicaciones**. Traducción: Manuel Arbolí Gascon. Editorial Limussa, México, 1981 pp.293.

Glosario

- **Análisis Funcional de la Conducta:** identifica los determinantes ambientales, antecedentes y consecuentes de conductas específicas.
- **Aprendizaje:** término general para la adquisición de respuestas o conductas.
- **Aprendizaje por Condicionamiento:** forma de aprendizaje de hábitos que implican conexiones o vínculos. Los dos tipos básicos incluyen vínculos entre estímulos y respuestas y entre conductas y consecuencias.
- **Aprendizaje de Respuestas:** sinónimo de condicionamiento clásico; tipo de condicionamiento en el que las respuestas emocionales se unen a estímulos neutrales.
- **Aprendizaje Operante:** tipo de condicionamiento en que la conducta produce consecuencias que influyen en la intensidad y la probabilidad de esa conducta.
- **Castigo:** hacer que a la conducta le siga una consecuencia indeseable, o eliminar una consecuencia deseable de la conducta.
- **Conducta:** respuesta humana que se define como aquel movimiento o actividad observable y medible de una persona y brinda respuestas verbales y no verbales.
- **Conducta Agresiva:** conducta encaminada a herir, desencadenada por estados diferentes de ira.
- **Conductismo:** Enfoque de la psicología que subraya el control ambiental de la conducta observable; fundado por J.B. Watson; Skinner es en la actualidad el representante más popular del conductismo radical, el cual rechaza los estados determinantes de la conducta. Los conductistas moderados aceptan las variables que intervienen en la personalidad pero las definen operacionalmente.
- **Contingencia:** tipo de relación entre un operante y el reforzador; Skinner utiliza el término para representar el programa de reforzamiento. La conducta depende de las contingencias.
- **Debilitación de la conducta:** disminución de la frecuencia de la conducta; conducta inhibida o bloqueada.
- **Edad Mental:** Edad que ha alcanzado la mente de una persona en comparación con el promedio o norma de desarrollo para cada año de edad cronológica.

- **Escape:** conducta que elimina o termina un estímulo doloroso; el resultado exitoso es reforzado negativamente.
- **Evitación:** conducta que evita un estímulo no deseado; fortalecida por un reforzador negativo.
- **Extinción:** conducta debilitada por la eliminación de las consecuencias reforzantes comunes.
- **Modificadores de Conducta:** distintos métodos y técnicas conductuales que se aplican para reforzar, modificar e extinguir una conducta.
- **Respuesta:** reacción a un estímulo; las respuestas no aprendidas son respuestas incondicionadas; las aprendidas son respuestas condicionadas.
- **Retraso Mental:** Según la AAMD (American Association on Mental Deficiency) Retraso mental significa un funcionamiento intelectual, general notablemente por debajo del promedio que existe junto con deficiencias de adaptación y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo, y se presenta en cuatro niveles: Leve, Moderado, Severo y Profundo.