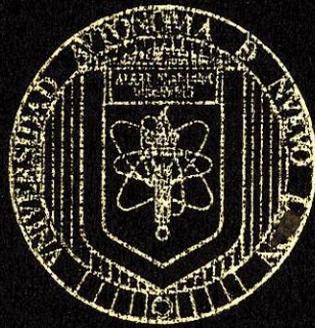


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE PSICOLOGIA



"ENTRENAMIENTO A PADRES EN MODIFICACION
DE CONDUCTA, A TRAVES DE LAS
TERAPIAS: MULTIFAMILIAR Y UNIFAMILIAR
EN LA CLINICA NOVA, A.C."

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

DIANA PERLA LOZANO GARZA

MONTERREY, N. L.

JUNIO DE 1992

T
RC489
.B4
L6
C.1





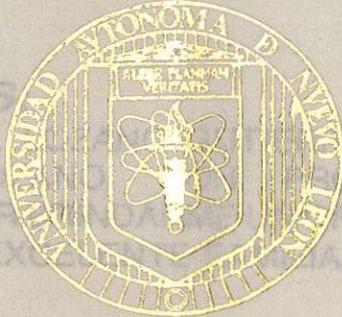
BIBLIOTECA
SANTIAGO RAMIREZ

1085

T
P84-59
48.
22

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DEDICO ESTE TRABAJO A LA FACULTAD DE PSICOLOGIA POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE VIVIR.



A MIS PADRES
ING. RICARDO S. GARZA DE LOZANO Y MA. DE LOURDES GARZA DE LOZANO CON PROFUNDO RESPETO Y ADMIRACION, POR SU GRAN EJEMPLO, AL HABER FORMADO UNA EXCELENTE PERSONA.

“ENTRENAMIENTO A PADRES EN MODIFICACION DE CONDUCTA, A TRAVES DE LAS TERAPIAS: MULTIFAMILIAR Y UNIFAMILIAR EN LA CLINICA NOVA, A.C”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

DIANA PERLA LOZANO GARZA



BIBLIOTECA "DR. SANTIAGO RAMIREZ"

1085

(JPF0F)

T
RC 489
.B4
L6



DEDICO ESTE TRABAJO PRIMERAMENTE A DIOS, POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE VIVIR.

A MIS PADRES:

ING. RICARDO S. LOZANO GUTIERREZ Y MA. DE LOURDES GARZA DE LOZANO, CON PROFUNDO RESPETO Y ADMIRACION, POR BRINDARME UN GRAN EJEMPLO, AL HABER FORMADO UNA EXCELENTE FAMILIA.

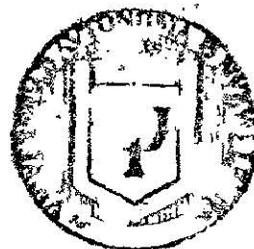
A MIS HERMANOS:

LEOPOLDO, LOURDES, RICARDO Y MONICA, CON TODO MI CARIÑO POR SU GRAN AYUDA Y COLABORACION.

A MI NOVIO:

ING. MIGUEL F. CAVAZOS TAMEZ POR SU COMPRESION Y APOYO MORAL.

A TODOS ELLOS CON TODO MI AMOR



BI IOTECA
"DR. SANTIAGO RAMIREZ"

1085

ASI MISMO, AGRADEZCO CON TODO RESPETO AL DR. JORGE VILLARREAL GONZALEZ, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DE LA CLINICA NOVA A.C. POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE CRECER COMO PROFESIONISTA EN EL AREA CLINICA.

AL LIC. ENRIQUE GARCIA GARCIA, ASESOR DE LA PRESENTE INVESTIGACION, POR HABER CREIDO EN MI, APOYANDO TODO MI ESFUERZO.

AL LIC. PABLO VELDEZ, POR SUS COMENTARIOS OPORTUNOS.

A MIS AMIGAS DE GENERACION Y COMPAÑEROS DE TRABAJO POR SUS PALABRAS DE ALIENTO.

Y A CADA UNA DE LAS PERSONAS QUE HICIERON QUE ESTO FUERA POSIBLE

MIL GRACIAS.

INDICE

<i>RESUMEN</i>	1
<i>MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL</i>	2
 <i>CAPITULO I</i>	
<i>ANTECEDENTES</i>	4
<i>(DEF, CLASIFICACION, CAUSAS Y TRATAMIENTOS)</i>	
<i>Enuresis</i>	4
<i>Negativismo y Berrinche</i>	10
<i>Chupado del Pulgar</i>	18
<i>Fobia</i>	23
<i>ENTRENAMIENTO PARAPROFESIONAL</i>	30
<i>Definición y Métodos de Aplicación</i>	30
 <i>CAPITULO II</i>	
<i>METODO</i>	35
<i>Sujetos</i>	35
<i>Aparatos</i>	35
<i>Procedimiento</i>	35

CAPITULO III

<i>RESULTADOS</i>	39
<i>Porcentajes de Conductas Problema</i>	39
<i>Enuresis (Cuadros y Gráficas)</i>	40
<i>Berrinche y Negativismo (Cuadros y Gráficas)</i>	53
<i>Chupado del Pulgar (Cuadros y Gráficas)</i>	74
<i>Fobia (Cuadros y Gráficas)</i>	81

CAPITULO IV

<i>DISCUSION</i>	90
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	95
<i>ANEXOS</i>	102

RESUMEN

El presente estudio, tuvo como objetivo principal, impartir cursos a padres de familia en la institución, Clínica Nova de Monterrey, sobre el manejo de un conjunto de técnicas conductuales, para modificar conductas inadecuadas de alta incidencia como son: Enuresis, Berrinche, Negativismo, Chupado del Pulgar y Fobia, presentadas por infantes con edades entre los tres y nueve años de edad. Lo cual se consiguió por medio de el Entrenamiento Paraprofesional, a través de las terapias Multifamiliar y Unifamiliar. Se trabajó con una muestra de 35 parejas de padres, las cuales fueron divididas en 3 cursos, estos se impartieron por separado durante 4 sábados consecutivos, con una duración de dos hora cada uno.

Durante los cursos impartidos se logró que los padres, fueran capaces de llevar a cabo una Medición Previa de la conducta de sus hijos y el seguimiento de ésta a través de registros; así mismo se logró fueran capaces de seleccionar las técnicas adecuadas a su problemática mediante la orientación profesional, obteniéndose los siguientes resultados: de los 36 casos se presentaron 11 infantes enuréticos, 8 de berrinche, 6 de negativismo, 6 de chupado del pulgar y 5 infantes fóbicos. Del total de los cuales 25 fueron dados de alta, 7 bajas y por último cuatro casos fueron canalizados.

Por medio de estos resultados, podemos concluir que el entrenamiento a padres, en el manejo de técnicas conductuales, para eliminar las conductas inadecuadas de sus hijos, a través de la Terapia Multifamiliar y Unifamiliar, puede resultar altamente benéfico al ser aplicado en instituciones de salud.

MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

Se ha hablado mucho ya, sobre la familia y esta ha sido definida por múltiples autores de muchas y muy variadas maneras. Por ejemplo, Adams 1975; Bood 1972; Winch 1971; hacen referencia a este término mencionando, que una familia está formada por un padre, una madre y sus hijos, así mismo, por un grupo de personas que viven en la misma casa, todos los parientes de una persona, etc. La mayor parte de las veces, el término hace referencia a la interdependencia que existe entre estos. (Padre, Madre, Hijos.)

No obstante, aun y cuando se han planteado una gran variedad de definiciones, sobre familia, estas redundan en un concepto que sigue siendo válido hasta nuestros días, es decir la representación que la familia tiene como sistema fundamental para la sociedad, pues es ahí donde se desarrollan las primeras experiencias del ser humano, por lo tanto como lo menciona Erickson (1950), el proceso de adaptación al medio social, se hace más eficaz cuanto más cada miembro, vé a los otros como parte valiosa del grupo, además sería incompleta la visión de la familia como sistema psicosocial, sin considerar la importancia que los niños tienen en el sistema familiar, el cual podrá ser equilibrado en la medida en que cada miembro contribuya como elemento esencial al funcionamiento de los otros elementos del sistema.

Sin embargo, no todas las familias logran el equilibrio familiar cuando surgen problemas entre cualquiera de sus miembros, provocando que las relaciones entre ellos decaigan. Además, a través de la experiencia del trabajo que se ha obtenido con situaciones de ésta índole, se ha visto comunmente que por lo general, estos miembros tratan de buscar culpables. No obstante, los problemas de paternidad, no parecen deberse a la existencia de "Malos" padres o de "Malos" hijos, más que eso, estos por lo general suelen ser producto de enfoques inadecuados que se dan en la educación de los hijos.

Por lo tanto, la paternidad constituye, la profesión más exigente e importante del mundo, aun y cuando la mayoría de los padres no reciben entrenamiento formal para asumirla, pese a que ésta exige continuas adaptaciones a las capacidades siempre cambiantes de los infantes

Además, la responsabilidad de los padres, no incluye solamente "educar a sus hijos", sino más bien encontrar la mejor manera de lograrlo, esto a través de múltiples habilidades por medio de las cuales se pueden obtener cambios conductuales. Sin embargo, muy pocos padres han aprendido a desarrollarlas.

Es por tal motivo, que las personas que trabajan con los problemas de familia y conducta infantil, han aplicado técnicas, cuya meta es lograr modificar la relación paterno-filial, pues se ha llegado a la conclusión de que se pueden obtener más y mejores resultados a través de la Modificación de Conducta si se cuenta con la ayuda directa de los padres. Desarrollando habilidades, para que puedan estimular activamente el desarrollo de sus hijos, a través de los principios que faciliten el proceso enseñanza-aprendizaje, tanto en consulta como en diversas instituciones de salud. Es así, que Clínica Nova, A.C. de Monterrey, ante la inquietud de ofrecer un mejor servicio a su población para evitar se conserve un remanente de problemas infantiles de índole conductual al cual no se dá solución, por cuestiones de tiempo, espacio y conocimientos a cerca de la especialidad psicológica infantil en el Departamento de Pediatría pues se ha tratado de dar solución con remedios caseros tradicionales o bien en base a su propia experiencia sin obtener los resultados esperados, se ha dado a la tarea, de realizar cursos sobre Modificación de Conducta a padres de familia con el fin de eliminar las conductas inadecuadas de sus hijos a través de métodos de disciplina positivos, los cuales puedan ser capaces de sustituir a las medidas castigantes utilizadas frecuentemente. Por lo anteriormente mencionado se pretende obtener respuesta a la siguiente interrogante: Los métodos conductuales de orientación positiva, ¿pueden eliminar conductas inadecuadas, (enuresis, berrinche, negativismo, chupado del pulgar y fobia) en niños de 3 a 9 años de edad por medio de las terapias Unifamiliar y Multifamiliar, aplicando el entrenamiento paraprofesional a padres de familia, en la Clínica Nova A.C.?

A continuación se describen las conductas problema antes mencionadas, su definición, causas, consecuencias y tratamientos.

ENURESIS

Crosby (1950), definió a la enuresis esencial como "El paso involuntario e inconsistente de orina, después de un límite de edad arbitrario de tres años, en ausencia de defectos o enfermedades congénitas o adquiridas del sistema nervioso y urogenital y de defectos psicológicos sobresalientes".

Posteriormente, Michaels (1955), la definió como "la evacuación incontrolada y sin intención de la orina, que generalmente ocurre durante el sueño y se puede considerar que está presente si el sujeto se orina en la cama, después de tres años, tiempo más que suficiente para que se haya establecido el control de la orina en los llamados individuos normales". Al igual que Michaels, Antonio Jorge Albarrán O. (1981), hace referencia a la enuresis como " La emisión de orina, involuntaria completa y nocturna, que se presenta a partir de los tres años de la vida del niño, en que éste por su maduración debe haber adquirido un control sobre los esfínteres".

Por otra parte, Ajuriaguerra (1984), se refiere a la enuresis considerándola, no sólo como un trastorno nocturno, sino mas bien advirtiéndolo que puede ser aparentemente involuntaria, diurna o nocturna, la cual persiste cuando pasó la edad en que se adquiere la maduración fisiológica.

Así mismo, la opinión médica y pediátrica de Patrick C. Friman (1977), hace alusión a este trastorno refiriéndose a él como " La emisión regular en o hacia un sitio diferente del sanitario y a una edad por fuera de lo que comunmente es aceptado por tener control de los esfínteres"

Ante esta panorámica, podemos resumir que la enuresis, es un trastorno relacionado con la micción de orina, que se presenta después de haber adquirido la maduración fisiológica (3 años aproximadamente) y descartado alguna alteración orgánica.

CLASIFICACION:

Así mismo la enuresis, ha sido clasificada en base a múltiples criterios, de entre los cuales uno de los más comunes encontrados en los infantes, es el que presentan Telma Reca y Ajuriaguerra en 1981, ellos clasifican la enuresis en base a un criterio Biológico y Psicológico en:

a) ENURESIS PRIMARIA O CONTINUA: La cual se establece desde el comienzo de la infancia y se caracteriza por el retraso en la manifestación del control de esfínteres.

b) ENURESIS SECUNDARIA O INTERMITENTE: Si aparece tras un período de control vesical, de larga duración.

Por otra parte, Antonio Jorge Olivera (1981), menciona tres tipos de enuresis, tomando en consideración el Ritmo de Micción:

1) ENURESIS DE DIA.....La llama Enuresis Diurna.

*2) ENURESIS DE NOCHE.....La llama Enuresis
Nocturna*

*3) ENURESIS DE DIA Y DE NOCHE..La llama Enuresis
Mixta*

Por lo tanto los presentes hallazgos, demuestran que no existe término único para reconocer este trastorno, ya que puede tomar muy diversas formas y ofrecer muchas variaciones.

Además, es importante mencionar que investigaciones realizadas por diversos autores, entre ellos Friman (1980), han afirmado, que la frecuencia de incontinencia nocturna es más frecuente que cualquier otro tipo de enuresis.

En un estudio realizado por Friman (1988), presentó las siguientes cifras de incidencia: Un 85% de los niños de dos años mojan la cama; la cifra disminuye al 49% a la edad de tres años; al 26% a la edad de cuatro años; al 20% a la edad de cinco años; al 10% entre las edades de nueve y diez años y aproximadamente al 3% en adolescentes.

Este dato resulta sumamente interesante, pues actualmente, a través de estudios realizados por pediatras y psicólogos en diversas instituciones clínicas, entre ellas Clínica Nova A.C., se han obtenido cifras que, evidentemente, como lo mencionó Friman en su estudio, constituyen porcentajes altos en la incidencia y tipo de enuresis que presentan los infantes.

CAUSAS:

Así mismo, resulta interesante señalar que las causas que originan este trastorno, han sido planteadas por diversos autores en base a sus perspectivas.

Algunos de éstos le atribuyen factores tales como la herencia, trastornos internos, situaciones conflictivas, stress, etc.

Desde el punto de vista pediátrico, Friman (1988), menciona que la enuresis se debe a un factor hereditario que se explica por la relativa frecuencia de este trastorno en la historia familiar, sin que haya podido probarse transmisión genética precisa. Además de citar que la enuresis se debe a que el niño nace con un reflejo natural, sin embargo en contraste a esta afirmación, existen diversas posturas teóricas, que mencionan que los factores causantes de este trastorno, suelen ser situaciones que no necesariamente están relacionadas con la herencia; sino más bien con el stress psicosocial, disturbios en la relación con la familia etc. (Coleman, Butcher y Carson, 1980). Citados por Barton y Schmitt (1987).

Además, autores como Shaefer (1977) y American Psychiatric Association (1980), citan como causa la relación de stress con traumas a diferentes eventos en la vida del niño como son el cumplir años, la separación de la madre, la hospitalización o bien la entrada a la escuela.

Por otra parte Cáceres (1982), menciona como causas: la capacidad de la vejiga disminuida; afecciones urológicas o renales, producidas por irritaciones o procesos infecciosos; trastornos neuromusculares producidos por lesiones sufridas en el sistema genético-urinario; además de la falta de aprendizaje de control de reflejos en los esfínteres internos y externos.

CONSECUENCIAS:

Finalmente Friman y Cols. (1980), han indicado que este trastorno de conducta en los niños, puede continuar en la escuela y medio ambiente, trayendo consecuencias de alto riesgo para el niño, ya que éste, puede ser víctima de maltrato por parte de sus padres.

Además, este trastorno puede provocar en el niño sentimientos de inferioridad y depresión al recibir burlas de sus compañeros y amigos, lo que a su vez, probablemente, conlleve a un retardo en el desarrollo académico.

TRATAMIENTOS:

Es importante antes de llevar a cabo el tratamiento de la enuresis, el diagnóstico veráz, tomando en cuenta factores tales como la frecuencia de aparición (si es de día o de noche), la edad del niño, los trastornos somáticos existentes, etc.

LOS TRATAMIENTOS INCLUYEN DIVERSAS MEDIDAS REHABILITATORIAS COMO SON:

a) Medidas Generales: entre las que se encuentran las prescripciones dietéticas, medidas generales de efecto sugestivo, limitación de líquidos etc.

b) Medidas de Aplicación Local: como son los lavados de vejiga, terapia medicamentosa, empleo de fármacos, drogas etc.

c) Y los Métodos Psicoterapéuticos: terapia específica que incluye: terapia de grupo, terapia individual, alarmas urinarias, etc.

Además, autores como De León y Mandel (1966), De León y Blackman (1974), mencionan el condicionamiento de comportamiento con una alarma y consideran, es un método muy exitoso para eliminar la enuresis nocturna en la niñez, pues ha resultado ser más efectiva que la tradicional psicoterapia.

En concordancia, Johnson (1980), indicó que los padres quienes reconocen las dificultades envueltas en ayudar a un niño a llegar a ser no enurético, pueden estar mejor preparados para cumplir con procedimientos de alarma urinaria y eventualmente completar un programa de tratamiento.

Tal reconocimiento, puede estar relacionado con la experiencia de aprendizaje de los padres, al tratar el comportamiento enurético de sus niños. Específicamente los padres cuyos niños completan un programa de alarma urinaria, pueden haber tratado un número de técnicas mayor, de control de enuresis de lo que han hecho padres que prematuramente terminan el tratamiento.

Por otra parte resulta interesante señalar también, que Aubrey Yates (1979), resalta la importancia de manejar en un programa de tratamiento urinario, además de la técnica de Alarma de Mowrer, el Reforzamiento Social y la Técnica de Entrenamiento Diurno Directo. (que consiste en aumentar la capacidad de la vejiga y controlarla.).

Por lo anteriormente dicho, los padres juegan un rol muy importante, al aplicar estas medidas en el tratamiento de sus hijos, pues deben comprobar que realmente se trata de un trastorno del comportamiento, ya que de no ser así, podrían predisponer la aparición de la enuresis. Como lo mencionan Barton D y Schmitt M.D.(1987). " Cuando los padres tratan de entrenar a su hijo para ir al baño, demasiado rápido o de una manera muy forzada, el niño usualmente se resiste. Si los padres continúan esta aproximación tosca o severa, la mayoría de los niños llegan a ser enuréticos diurnos o nocturnos".

NEGATIVISMO Y BERRINCHE

El negativismo y los berrinches, son dos conductas que aparecen frecuentemente en la infancia y que por lo general suele presentarse una como consecuencia de la otra.

Forehand y colaboradores en 1975, citados por Lyons (1988), mencionan que "La adopción de una conducta gravemente desobediente se acompaña, a menudo, de la manifestación de rabietas y agresión. Si los padres o los maestros, reprimen al niño contradictorio, constantemente se produce un asombroso despliegue de hostilidad que a su vez resulta altamente coercitivo".

Por otra parte, la literatura del DSM III-R (1984), define a el negativismo como un patrón de conductas compuesto por rasgos tales como la hostilidad y el desafío, sin violaciones importantes de los derechos de los demás. Así mismo, Luis Antonio Pineda Flores y Cols, en 1987, opinan que los niños que presentan berrinches y/o negativismo suelen hacer lo contrario de lo que se les ordena, discutir y resistirse a cumplir las órdenes que se le dieron etc.

Por lo tanto los berrinches, pueden ser definidos como clases de conductas verbales y motoras que ocurren como consecuencia del retiro del niño de una situación agradable, como el no permitirle participar o negarle el acceso o posesión de algún objeto o actividad, la cual puede verse manifestada a través del llanto, gritos, jalar de la ropa, revolcarse en el piso etc. Así mismo, el negativismo suele aparecer en ocasiones como conducta consecuenta la cual se manifiesta cuando el niño se niega a obedecer a los padres, una vez que estos han cambiado su comportamiento hacia él.

Estos trastornos suelen aparecer por lo general en una etapa temprana (2 o 3 años aproximadamente), los cuales después de una frecuencia de seis meses pueden ser considerados como trastornos, según el DSM III-R.

En los niños que presentan estos trastornos de conducta, se puede observar por lo general que se muestran irascibles, reniegan, se molestan con facilidad y tienden a estar resentidos y molestos con los demás. Con frecuencia se les vé desafiando activamente las peticiones o las reglas de los adultos, molestándolos deliberadamente. Además, tienden a culpar a las personas de sus propios errores y dificultades; presentan baja autoestima; cambios bruscos de emociones y temperamento irascible.

CAUSAS:

Es interesante señalar que aun y cuando algunos padres consideran "normales" estos tipos de comportamiento inadecuados en los niños, estos suelen darse por más de un grupo de variables y pueden tener su origen en situaciones ambientales que afectan su adaptación social.

Autores tales como Carr, Mac Dowell y cols. (1980), citados por Edward y Durand (1985), presentan datos congruentes con la noción de que los problemas de comportamiento pueden ser una forma de búsqueda de atención, es decir, que los niños pueden aprender a emitir problemas de comportamiento en respuesta a bajos niveles de atención que dan los adultos. Se considera además que algunos problemas de comportamiento del niño pueden ser vistos regularmente como una expresión de comunicación no verbal.

De acuerdo a esta información Carr y Durand (1985), mencionan que los berrinches no son otra cosa que actos comunicativos no verbales, que están socialmente mediados y argumentan que algunos de estos comportamientos sirven como requerimiento no verbal para obtener la atención del adulto, así mismo para la obtención de objetivos y eventos de reforzamiento específico.

Aun cuando distintos autores plantean como causas de estos trastornos la ausencia de atención hacia los infantes, la literatura indica también que estos problemas de comportamiento pueden surgir por la atención excesiva dada a éstos, es decir, la entrega de reforzador positivo en situaciones inconvenientes. (Patterson, 1982; Wahler, 1976), citados por Edward y Durand (1985). Esto suele suceder en las familias en donde los niños con berrinche y negativismo se convierten en "el verdugo familiar", pues por su comportamiento dominan a toda la familia, utilizando sobre todo a sus padres, como simple instrumento a su disposición. Esto conlleva a que el adulto víctima se confiesa generalmente débil e incapaz de poner límite a el niño y pase a ser verdadero cómplice al dejarse martirizar por éste.

El factor educativo, tiene en este caso un papel preponderante, es decir, los padres deben ser capaces de mediar estos comportamientos con el fin de evitar ser la causa que origina el problema de sus hijos, ya que por lo general suelen, presentarse por dos tipos de contingencias como lo mencionan Carr y Durand (1985).

a) De vez en cuando la atención del adulto dada al niño disminuye a niveles muy bajos lo cual equivale a que el niño intente buscar la atención perdida a través de la manifestación de berrinches.

b) O bien en ocasiones el padre da atención al niño cuando éste se porta mal.

Como resultado, hay amplia evidencia para sugerir que una gran cantidad de niños aprenden a emitir problemas de comportamiento en presencia de estímulos aversivos (Patterson, 1982), es decir, el uso de reforzamiento negativo. Citado por Durand en 1985.

Esto es visto frecuentemente en el salón de clases, en donde las demandas instruccionales pueden funcionar como estímulo aversivo y los berrinches pueden servir como comportamiento de escape que, efectivamente permite a el niño, evitar una participación futura en tareas instruccionales.

Por lo tanto, se puede concluir en acuerdo a Carr y Durand (1985), que dos de los factores más frecuentes y causantes de que se presenten y mantengan conductas problema como lo son los berrinches y el negativismo son:

- 1.- El comportamiento de escape, controlado por procesos de reforzamiento negativo.*
- 2.- El comportamiento de búsqueda de atención, controlado por procesos de reforzamiento positivo.*

CONSECUENCIAS:

En ocasiones, las consecuencias para los niños que presentan este tipo de comportamientos, pueden causar un alto impacto psicológico en su ajuste al medio ambiente ya que por lo general los padres suelen reaccionar agresivamente, pues la mayoría de estos comportamientos como mencionan Barton D y Schmitt M.D. (1987), no están bajo el control del niño y éstos pueden empujar hacia episodios abusivos, pues algunos padres pueden llegar a ser peligrosos para niños que viven en familias de alto riesgo.

Es decir, los padres al no encontrar alternativa de solución, recurren por lo general a los golpes y maltratos hacia los infantes por tal motivo resulta interesante señalar que los niños que son físicamente golpeados o castigados, han sido variadamente descritos como agresivos hacia iguales, los cuales generalizan casi siempre estas conductas a otros sitios además de su casa, tales como la escuela, supermercado etc.

Por otra parte, O Leary y O Leary y Cols (1979), citados en 1987, por Barton y Schmitt, mencionan que el tipo de tratamiento dado a los niños que presentan problemas de conducta, debe ser confiable, dado que tales problemas pueden afectar seriamente el proceso educacional y en algunos casos guiar a institucionalización.

TRATAMIENTOS:

Ante estos tipos de comportamiento, diversos psicólogos y especialistas en conducta infantil, han optado por aplicar dos tipos de alternativas que han desarrollado los conductistas, las cuales incluyen una serie de técnicas para lograr la modificación de éstas conductas.

Entre estas se encuentran el uso de las técnicas de castigo y de reforzamiento. Cada una de ellas han sido estudiada extensivamente para observar los efectos al ser aplicadas en infantes.

Como es bien sabido las técnicas de castigo fueron diseñadas para eliminar problemas de comportamiento y algunos procedimientos incluyen: la técnica de extinción, la técnica de tiempo fuera y costo de respuestas entre otras.

Siendo las técnicas de tiempo fuera y extinción las intervenciones usadas más ampliamente para reducir el comportamiento de berrinche y negativismo, según Doherty y Branther (1983), citados en 1985 por Bozet.

El tiempo fuera ha sido considerado como un procedimiento de castigo, el cual consiste en retirar al niño de la situación reforzante y debe envolver la aplicación de un estímulo aversivo o estímulo que reduzca la probabilidad de la ocurrencia de la respuesta sobre la cual es contingente. Así mismo, la técnica de extinción, consiste en retirar el reforzamiento positivo de tal manera que se elimine el comportamiento inadecuado.

No obstante, un mal comportamiento no sólo puede eliminarse a través de las técnicas de castigo como se mencionó anteriormente. Edward C y Durand (1985), argumentan que está generalmente acordado que un mal comportamiento en infantes debería ser reemplazado por comportamientos socialmente apropiados, ya que a pesar de que existen pocas guías con respecto a la elección del comportamiento de reemplazo, las técnicas de reforzamiento suelen ser bastante aceptables. Entre ellas se encuentran: las técnicas de reforzamiento positivo; reforzamiento negativo; observación contingente y la técnica de comunicación funcional, la cual consiste en enseñar a los niños a solicitar atención o asistencia verbalmente de los adultos, pues se ha demostrado a través de estudios realizados por Carr y Durand (1985), que mediante su aplicación se logró suprimir los problemas de comportamiento en niños de cuatro años.

Esto quiere decir, que hoy día se ha demostrado que las técnicas de reforzamiento antes mencionadas, al ser aplicadas de manera adecuada y consistente han resultado ser efectivas en la eliminación de estos comportamientos.

Es así que Goldiamond (1974), citado por Durand (1985), opina que los comportamientos inadecuados deben ser reemplazados por comportamientos socialmente útiles.

Los niños pueden ser enseñados a solicitar atención y asistencia verbalmente, como en el caso de la técnica antes mencionada (entrenamiento de comunicación funcional), la cual provee una importante función educativa, pues los niños aprenden que el comportamiento comunicativo puede producir efectos sociales consistentes y útiles. Con respecto a esta técnica es importante la selección de la frase, pues esta debe estar relacionada a la naturaleza de cada problema de comportamiento del niño.

Lo que se pretende con esto, es que el rol del niño llegue a ser el de un participante activo en lugar de un receptor pasivo y de esta manera ver reducidos los problemas de comportamiento, por medio de la enseñanza de frases comunicativas capaces de lograr alterar las condiciones de los estímulos que controlan los problemas.

Otra técnica de reforzamiento utilizada por Herbert-Jackson y Risley (1983), es la llamada técnica de observación contingente, procedimiento que consiste en la observación que hace el niño al reforzamiento del comportamiento apropiado de su igual por un período breve, sin participar en las actividades de reforzamiento.

Como resulta evidente, se ha ido tratando de reemplazar el uso de las técnicas de castigo por el uso de las técnicas de reforzamiento, pues diversos autores entre ellos Barton D y Schmitt, M.D. (1987), consideran que el castigo físico no debe ser usado para corregir el mal comportamiento en infantes como morder, pegar o patear, pues consideran que el castigo bajo esas circunstancias, enseña al niño que es correcto que una persona grande golpee a una más pequeña.

Sin embargo, algunas técnicas de castigo antes mencionadas como son: la técnica de tiempo fuera y la técnica de extinción, han resultado ser eficaces para la modificación de algunos comportamientos, advirtiéndole al lector que es conveniente enseñar a los niños a controlarse y refrenarse brindando la oportunidad de pensar en el daño que han causado. Así mismo, es conveniente tener cuidado al emplear períodos de tiempo de castigo, pues se ha probado también, que duraciones más largas de tiempo fuera, no han demostrado ser más efectivas que los intervalos cortos. Por otro lado Kass y Drabman (1979), citados por Lyons y Col (1988), encontraron que reprimendas suaves eran tan o más efectivas que reprimendas fuertes.

CHUPADO DEL PULGAR

El chupado del pulgar, ha sido visto desde hace tiempo como un comportamiento normal en la mayoría de los niños entre los cero meses y los siete años de edad. Sin embargo hoy en día padres y profesionistas han mostrado una mayor preocupación ante esta problemática debido a las consecuencias a largo y corto plazo que la acompañan.

El chupado del pulgar, es un fenómeno de desarrollo considerado común en niños; el cual consiste en la succión del dedo pulgar al ser llevado a la boca por períodos prolongados e intermitentes pudiéndose llevar a cabo en el día o en la noche o bien durante todo el día. Baalock y Frisk (1971), citados por Friman (1988), reportaron que el 10% de los niños con edades entre los dos y diez años de edad presentan esta conducta.

Esto quizá tenga que ver con la opinión de Friman (1988) y Price (1984), pues atribuyen esta incidencia al hecho de que los padres han considerado esta conducta común en los niños. Más sin embargo, su práctica crónica después de los cuatro años puede guiar a resultados no saludables.

CAUSAS:

Entre las causas que acompañan más comunmente este comportamiento suelen estar presentes el stress infantil y exigencia de atención, en niños mayores de tres años, según estudios realizados por Friman (1988) y Price (1984); pues argumentan que "adicionalmente el chupado del pulgar, puede ser un contexto de intercambios aversivos con los padres cuando los intentos por suprimir el comportamiento son inefectivos".

Esta suele ser una de las principales causas encontradas en los niños, tratados en la Clínica Nova, según reportes verbales de los pediatras; es decir la conducta de los padres hacia sus hijos, suele mostrarse en ocasiones agresiva. Así mismo incrementan la atención hacia éstos, ocasionando con esto que el niño prefiera seguir manteniendo la conducta (chupado de pulgar), para mantener la atención de los padres.

Por otra parte Ozturk y Ozturk (1977), citado por Friman (1988), dedujeron además que, la alimentación, el dormir y particularmente características temperamentales, podían estar relacionadas a este comportamiento. Lo cual hace suponer que los niños pequeños, en ocasiones, intercambian momentáneamente, el biberón por el dedo pulgar, provocando más tarde que esta conducta se convierta en hábito generalizándose a otras situaciones como son: el ir a dormir, ver televisión; pues el niño puede aprender a asociar las situaciones en las que es entregado el reforzador y lo sustituye por el chupado del pulgar.

Como dato importante al lector, es interesante mencionar además, que los resultados de algunos estudios, investigando la etiología de este comportamiento, sugieren que el chupado del pulgar es más probable de ser encontrado entre los nacidos al último que entre los primogénitos. (Johnson y Johnson, 1975). Citado por Christensen y Matthew (1987).

Existe otra causa que tiene gran importancia por el hecho de representar un fuerte estímulo para la presentación de este comportamiento; es decir: la acción del aprendizaje por imitación a través de la observación que realiza el niño en otra persona (por lo general miembro de la familia).

CONSECUENCIAS:

Como se mencionó anteriormente, este comportamiento ha empezado a preocupar en gran manera a padres y profesionistas, pues investigaciones recientes han demostrado que el chupado del pulgar puede traer consigo consecuencias alarmantes. Algunas de estas de origen dental o bien deformaciones del dedo, acompañadas de problemas en la piel, callosidades e inclusive sangrados; además de un mal comportamiento como lo menciona Costa Campos (1985) y Nieto (1986), citados por Christensen y colaboradores (1987). Además Berlang y Seyler (1968), argumentan que el chupado del pulgar puede desvalancear los músculos de la mandíbula y distorcionarla aún más a medida que el niño crece. Inclusive, es bien sabido que el chupado del pulgar puede interferir en el desarrollo espontáneo del habla durante actividades informales de libre juego, y puede ser acompañado por la no atención a actividades planeadas. Esto es común ver en el salón de clases, en donde la demanda de la maestra es precisamente que el niño esté atento y dispuesto a llevar a cabo las actividades requeridas.

Estas consecuencias, demuestran que tal comportamiento puede afectar al niño de diversas formas y a través de su desarrollo. Inclusive Lichstein (1978), citado por Luciano (1988), argumenta que entre más largo sea el tiempo que un niño se chupa el pulgar, después de los seis años, mayor puede ser el riesgo que afecte en una oclusión dental, o bien en el proceso de desarrollo del lenguaje.

Así mismo, resulta interesante mencionar, en base a la creciente investigación que este comportamiento puede aparecer asociado a otro, tal como lo menciona Friman y colaboradores (1988), al respaldar la hipótesis de que el chupado del pulgar puede verdaderamente covariar con otros comportamientos y de ser así, un tratamiento efectivo podría meramente requerir controlar el acceso a el objeto; es decir, los infantes en ocasiones, requieren de un objeto (almohada, osito, cobertor, etc.) que acompañe la conducta del chupado del pulgar.

Por último, resulta interesante mencionar, que gran porcentaje de los niños que presentaron este comportamiento en la Clínica Nova, A.C. habían sido diagnosticados alguna vez, con enfermedades digestivas, pudiendo aparecer como consecuencia de éste comportamiento al no tomar las debidas precauciones en el aspecto higiénico.

TRATAMIENTO:

En vista de las consecuencias potenciales que ocasiona este comportamiento persistente, una variedad de procedimientos de manejo ha sido recomendada a los padres, entre las que se encuentran: Pasificadores o Tranquilizantes, utilizados por Knight y McKenzie, (1974); el uso de Cubre Dedos, mencionado por Lewis, Shilton y Fugua (1981); Guantes de Hule aplicados por Lassen y Fluet (1978); La Aplicación de Sustancias de Sabor Desagradable a los dedos o al pulgar y el aparato oral conocido como el "Paladar Arch," según Davidson (1970), aunque pocos estudios han evaluado experimentalmente estos procedimientos.

Sin embargo, existen técnicas de castigo altamente efectivas, por ejemplo la Técnica de Extinción, utilizada por Baer (1962) y Kenzie (1974), con resultados sorprendentes. Por otra parte, Hansen y Davidson, utilizaron un tipo de Prevención de Respuesta, consistente en barras de acero inoxidable colocadas en los molares superiores de los niños.

No obstante, anteriormente se creía, que únicamente con tratamientos que involucraban castigo, podían obtenerse resultados positivos. Hoy día, diversos estudios han demostrado, que el chupado del pulgar puede ser tratado efectivamente con técnicas que involucran reforzar en lugar de castigar.

Por ejemplo, Van Harten y Rolider (1984), redujeron el chupado del pulgar en niños de diez años usando Reforzamiento Diferencial de Otras Conductas (RDO), el cual envolvió reforzamiento proveído cada quince minutos si el no se chupaba su pulgar. Así mismo, estos demostraron que el procedimiento de Limitación de Respuesta podía eliminar el chupado del pulgar en la noche, al tapar los pulgares de los niños, con algodón sostenido por una cinta.

Otro procedimiento, utilizado para eliminar esta conducta, es la llamada Técnica de Reversión del Hábito, mencionada por Nunn y Renshauu (1980), dicho procedimiento consiste en enseñar al niño, a describir la topografía exacta del comportamiento (chuparse el pulgar), con lo cual se pretende que los infantes aprendan a detectar situaciones en las cuales se presenta la conducta, así como los estímulos precursores, para de esta manera lograr que identifiquen , los estímulos asociados con el chupado del pulgar y una vez logrado esto, implementar una respuesta de competencia.

Como resulta evidente, los presentes hallazgos demuestran que se han desarrollado una extensa variedad de técnicas para eliminar este comportamiento, incluyendo además de las técnicas de castigo, técnicas de reforzamiento, aun y cuando las primeras no han logrado tener la misma aceptación que las segundas.

Es interesante hacer mención además, que algunas de éstas técnicas, pueden resultar efectivas durante el día, pero inefectivas durante la noche. No obstante, en acuerdo a la opinión de Altman y Col (1982) y Friman (1987), cabe mencionar, que el conocimiento y manejo adecuado de cada técnica, puede conducir a la obtención de grandes logros, al eliminar no sólo el chupado del pulgar, sino también comportamientos que lo acompañan.

En función de esto, cabría esperar, que un buen entrenamiento a padres con niños chupadores de pulgar podría ayudar enormemente a implementar y llevar acabo el tipo de tratamiento aplicable, tanto en el consultorio, como en casa, para obtener resultados favorables en menor tiempo, ya que es bien sabido que la falta de orientación a los padres, puede inadvertidamente estar manteniendo este comportamiento por reforzamiento positivo y este patrón de interacción, podría servir como un modelo efectivo para el niño al ganar atención.

Es así, que estudios realizados por Ross (1975); Friedman y Mc Intyre (1970) Knight y Mc Kenzie (1974); Clowes-Hollins y King (1982), han demostrado que los padres pueden ser entrenados efectivamente para actuar como terapistas en el tratamiento de este comportamiento, al utilizar en sus estudios reforzamiento contingente de no chuparse el pulgar, como el modo principal de intervención.

F O B I A

El concepto de fobia, ha sido planteado por diversos autores, quienes por lo general han asociado este término a una situación de temor o miedo ante algún objeto, sujeto o acontecimiento.

Bowlby (1973), citado por Osburn (1986), considera a la fobia, como un temor a percibir una situación determinada y subsecuentemente evitarla. En concordancia el DSM III-R (1984), la describe como " Un miedo persistente e irracional y un deseo impulsivo de evitar un objeto, o situación distinta de la de hallarse solo o en lugares públicos, lejos de casa (agorafobia) o de sufrir humillación o embarazo en determinadas situaciones sociales (fobia social). Esta alteración, es una fuente significativa de malestar y el individuo reconoce que su miedo es excesivo e irrazonable, no debiéndose a ninguna alteración mental".

Los rasgos característicos de este trastorno, suelen ser: síntomas de ansiedad y conductas de evitación. Es decir, la ansiedad aparece cuando el sujeto se encuentra con el objeto o situación temido y por tal motivo la conducta de evitación casi siempre está presente.

Estudios recientes llevados a cabo según el DSM III-R, indican que los trastornos por ansiedad son los que presentan mayor incidencia entre la población general.

Frecuentemente los niños diagnosticados como fóbicos presentan las siguientes características: según Berg y Nichols (1969), citados por Will y Col: " Severa dificultad de acercamiento a la situación temida, se muestran emocionalmente alterados mostrando síntomas de miedo excesivo, llanto o quejas de sentirse enfermos sin causas orgánicas obvias al ser enfrentados a la situación ansiógena". Esto particularmente en la fobia escolar.

A pesar de las afirmaciones hechas por estos autores en lo que respecta a las características que presentan las personas fóbicas, es importante señalar que estas varían de acuerdo a la clasificación o tipo de fobia, características del individuo y las condiciones situacionales.

CLASIFICACION:

JOSEPH WOLPE (1977), MUESTRA LA SIGUIENTE CLASIFICACION DE FOBIA:

A) Acrofobia: Temor a grandes altitudes.

B) Claustrofobia: Temor a lugares cerrados y concurridos.

C) Agorafobia: Temor a estar solo.

D) Enfermedad y Complicaciones: Temor a desmayos, inyecciones, medicamentos, etc.

Encontradas con mayor frecuencia en los niños: La fobia a estar solo y la fobia a la escuela.

CAUSAS:

Algunas de las causas que se han especulado para este trastorno lo constituyen: el orden de nacimiento y composición familiar, es decir se considera que los varones preferentemente y los mayores serán más propensos a llegar a ser fóbicos, argumentando que ellos tendrán una situación más difícil con la separación y la pérdida de atención paterna.

Esto en base a la teoría de interacción, que se fundamenta en los principios de aprendizaje, la cual menciona que los padres sirven al niño de estímulo fuertemente reforzante en muchas formas durante el período preescolar, ya que el niño puede refugiarse en ellos cada vez que se encuentre asustado. (Yates, 1979).

Así, Bowlby (1973), citado por Bozet (1985), plantea el término fóbico en relación a eventos precipitantes que pueden ser o estar relacionados con la ansiedad por separación; la intensidad de los sentimientos al ser desplazado por un nuevo hermanito, o bien, puede ser exacerbada por enojo provocado por los padres, al mostrarles control excesivo y subordinación.

Además, Davidson (1961) y Tietz (1970), citados por Osborn (1986), consideran que pueden darse eventos que son más probables aun de promover una acentuación del conflicto fóbico y éstos pueden ser: la muerte de un padre o pariente, enfermedades del niño, una estadía en el hospital, separación de los padres, enfrentamiento a situaciones traumáticas o bien a accidentes sufridos.

Por lo tanto, en base a las afirmaciones hechas por los diferentes autores, es importante considerar que hay un aproximamiento que claramente se enfoca a la importancia de incidentes fóbicos, el cual hace que eventos aversivos o de no reforzamiento ocurran, constituyendo un componente necesario para el desarrollo de comportamiento fóbico, pudiendo ser estos eventos de naturaleza social o académica y guiando a ansiedad y evitación, provocando que el niño prefiera permanecer en casa donde evita ansiedad y gana refuerzo.

CONSECUENCIAS:

Las consecuencias de este trastorno por ansiedad pueden presentarse de la siguiente manera: provocar pánico al sentirse cerca de la situación temida y resultar en conducta inhibitoria y quizá generalizarse a otras situaciones.

Así mismo en el caso de la fobia escolar, este comportamiento puede interferir en el funcionamiento o rol social de la persona por la sintomatología que con frecuencia presentan, pues por lo general, esto los lleva a sentir depresión e inseguridad haciéndolos propensos a situaciones de abuso y burla por parte de los compañeros.

Además, es interesante mencionar que a pesar de que el número de estudios bien diseñados sobre fobia infantil son limitados, hay una tendencia general a observar una mayor inmadurez, depresión y dependencia en estos niños, como consecuencia de este comportamiento.

TRATAMIENTOS:

Es por ello, que en los últimos años se han dado tratamientos diversos para cada tipo de fobias que presentan los niños, por diversos psicólogos y especialistas. Se llevan a cabo investigaciones para obtener información más completa sobre el desarrollo y avance de las medidas utilizadas para la eliminación de este trastorno.

Uno de los métodos preferidos para el tratamiento de temores y fobias según Yates (1979), ha sido el empleo de la Desensibilización Sistemática, siguiendo los procedimientos de Wolpe: consistentes en el entrenamiento de relajación y la construcción de jerarquías de ansiedad.

"La Desensibilización Sistemática es muy efectiva en reducir la ansiedad fóbica, sea parte o no de un programa de relajación" (Cooke, 1968; Crowder y Thornton, 1970; Freeling y Shemberg, 1970; Waters, Mc Donald y Koresko, 1972).

Sin embargo, en los niños puede resultar un tanto difícil su aplicación, por lo que se han tratado de implementar otras técnicas, algunas de éstas difieren de las utilizadas por Wolpe y consisten en estímulos audiovisuales intentando discondicionar temores; empleo de la presentación repetida del objeto temido a intervalos de tiempo cortos o largos.

Más tarde, Marshall y Cols. (1979), emplearon la Técnica de Exposición e Inundación que tiene como característica general: reducir o eliminar las respuestas inadaptativas de ansiedad, mediante la exposición a los estímulos ansiógenos de alta intensidad, durante períodos de tiempo prolongados en la ausencia de consecuencias reales dolorosas.

Por otra parte, Patterson, Lazarus y Cols. (1965), citados por Wolpe (1977), emplearon procedimientos de Condicionamiento Operante, utilizando sesiones de juego en las que se entregaban al niño reforzadores no sociales por emitir la respuesta no fóbica apropiada, ante situaciones relacionadas con la fobia escolar. Esta técnica ha resultado ser realmente efectiva en el tratamiento de fobia infantil.

	CAUSA	CONSECUENCIA	TRATAMIENTO
ENURESIS	<i>Herencia,afección urológica,eventos de naturaleza psicológica etc.</i>	<i>Baja auto-estima,depresión, golpes etc.</i>	<i>Prescripciones dietéticas,lavados de vejiga,alarmas urinarias,reforzamiento social,entrenam. diurno directo etc.</i>
BERRINCHE Y NEGATIVISMO	<i>Exigencia de atención, atención excesiva, etc.</i>	<i>Golpes y maltrato por parte de los padres.</i>	<i>Extinción,tiempo fuera,costo de respuesta,refor. positivo y negativo,tec de comunicac.fun.ob. contingente etc.</i>
CHUPADO DEL PULGAR	<i>Stress infantil,exigencia de atención,aprendizaje por imitación etc.</i>	<i>Deformaciones dentales,infeccione en la piel,infecciones digestivas etc.</i>	<i>Extinción,prev. de Rs,reforzamiento diferencial de otras conductas,refor.o positivo, reversión del hábito etc.</i>
FOBIA	<i>situación de ansiedad,traumas, conflictos familiares etc.</i>	<i>Presentación de temor,conducta inhibitoria,dep.e inseguridad.</i>	<i>Exposición e inundación,condicionamiento operante a través del juego etc.</i>

**ILUSTRACION # 1 RESUMEN DE CONDUCTAS PROBLEMA
(CAUSAS,CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTOS)
FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.
CLINICA NOVA A.C. MONTERREY, N.L. 1990.**

Como lo muestra la presente investigación, los trastornos mencionados, son tipos de conductas que suelen presentarse en el ámbito familiar, resultando para los padres en la mayor de las veces alarmantes, debido a la falta de orientación acerca del porqué se presentan y como pueden contribuir a resolverlos.

Además, no sólo en casa, sino también en algunas instituciones clínicas, presentan de entre la población que asiste a consulta un gran porcentaje de infantes con esta problemática, a los cuales no se les dá la suficiente atención debido a la falta de tiempo y costo que esto implica, o bien se canalizan a otras instituciones por no tener el tiempo y la preparación requerida por parte de los médicos, pues se conserva un remanente que no se soluciona.

Por tal motivo, ante esta problemática, se ha tratado de implementar como una alternativa de solución a este nivel (institucional), al brindar atención a los padres a través del ENTRENAMIENTO PARAPROFESIONAL, ya que los padres juegan un papel sumamente importante, como agentes de cambio en la conducta de sus hijos, pues es bien sabido que estos pueden en ocasiones ser causa de la aparición y mantenimiento de conductas inadecuadas , pero así mismo, obtener cambios en las conductas inadecuadas de sus hijos en menor tiempo que un profesional, al actuar como Modificadores de Conducta.

ENTRENAMIENTO PARAPROFESIONAL

El Entrenamiento a Paraprofesionales, según Ayllon y Michael (1977), consiste en el conocimiento y aplicación de los principios básicos del análisis experimental de la conducta, que derivan de la Teoría del Aprendizaje. Desde el punto de vista de esta teoría, los comportamientos inadecuados o las deficiencias conductuales, pueden considerarse en parte como resultado de fenómenos que ocurren en el ambiente histórico del infante, a las cuales se ha tratado de dar solución a través de la ayuda directa de los paraprofesionales.

"Los Paraprofesionales, son personas que normalmente no poseen grados académicos en medicina, ni en psicología, sino sólo han recibido un entrenamiento específico, que puede durar desde unas semanas hasta varios años, para trabajar como terapeutas en diferentes situaciones y niveles de responsabilidad". (Gilman Gollas, 1980). Esto ha resultado realmente interesante e importante, al ser aplicado a padres de familia, tanto para ellos como para los profesionales, ya que se ha logrado obtener con esto, avances significativos en la resolución de conductas problema, gracias a la participación conjunta, como lo menciona O Dell (1985), los desórdenes de conducta, probablemente pueden ser tratados mejor, a través de orientación y entrenamiento a padres al convertirlos en paraprofesionales.

El entrenamiento a padres, en familias de niños con conductas inadecuadas es uno de los tratamientos más ampliamente usados. Y el éxito para la reducción de los problemas de comportamiento del niño, ha sido documentado en muchos estudios. (Forehand y Mc Mahun, 1981). Debido a que los padres pueden ser capaces de:

- * Manipular el medio ambiente, al ser dirigidos por su especialista.*
- * Tomar decisiones una vez recibido el entrenamiento.*
- * Y elaborar programas de prevención de desórdenes conductuales.*

A pesar de que el entrenamiento paraprofesional aplicado a padres ha resultado ser altamente efectivo, en ocasiones suelen presentarse factores que ponen en desventaja o limitan los resultados. Por ejemplo, autores como Rios y Gutiérrez (1985), mencionan que no todas las familias logran los beneficios del entrenamiento, pues muchos padres no aplican consistentemente las habilidades y técnicas enseñadas; mientras que otros descuidan el tratamiento en la fase de seguimiento. Patterson (1982); Griest y Wells (1983), sugieren que hay una relación entre el stress en la vida de los padres y el funcionamiento psicossocial mal adaptado; en el fracaso del entrenamiento. Además factores tales como la aislamiento social, desventajas socioeconómicas y niveles altos de una vida de stress negativa en los padres, puede influir grandemente, en los logros de un entrenamiento paraprofesional.

Por lo tanto, al llevar a cabo un proceso de entrenamiento es indispensable y muy util tomar en consideración la complejidad de cada individuo y la necesidad de refinar y reestructurar técnicas como una función primordial del contexto, para garantizar el éxito, así como la elección adecuada y certera de los temas y técnicas de acuerdo con la problemática existente que preocupa a la población interesada.

El entrenamiento paraprofesional, puede ser llevado a través de la implementación de múltiples y muy variados principios y técnicas, de ahí que Forehand y McMahan (1981), han implementado en el entrenamiento a padres, principios de aprendizaje social a través de Instrucción Didáctica, Técnica de Modelaje y Juego de Roles, con la finalidad de enseñarles habilidades de manejo del niño. Así mismo, han utilizado en sus investigaciones para aumentar comportamientos adecuados: Atención Positiva, Alabanzas y Recompensas Tangibles, el uso de Instrucciones claras y concisas para incrementar el cumplimiento del niño al mandato del padre.

De igual manera, han introducido métodos para decrementar el comportamiento inapropiado por medio de técnicas como son: el Tiempo Fuera, Extinción y mediante Consecuencias Negativas, Costo de Respuesta etc, obteniendo un gran éxito en sus resultados.

Otra técnica de entrenamiento a padres, enfocada en habilidades, lo constituye el proporcionarles instrucción, al entregar alabanzas en el cumplimiento e implementación de un breve contingente de Tiempo Fuera aplicado al no cumplimiento del infante, este ha sido mostrado repetidamente que resulta en cambios deseables en el comportamiento del niño. (Forehand y McMahan, 1981; Peed, Roberts y Forehand, 1977).

Por otra parte, resulta interesante mencionar que en 1982, O Dell y Cols, indicaron iguales niveles de satisfacción entre los padres entrenados en emplear Reforzamiento Positivo o Tiempo Fuera, haciendo caso omiso del tipo de entrenamiento dado, es decir ya fuese entrenamiento individual o en grupo, usando instrucciones escritas, audio o videocassetts.

Además, Forehand y McMahan (1981), citados por Budman (1988), junto con otros investigadores, utilizaron el juego de roles y la evaluación en vivo para remediar el no cumplimiento en niños. Posteriormente Karen Budd y sus colegas (Budd y Fabry, 1984; Budd, Riner y Brockman, 1983), reconstruyeron el trabajo de éstos pioneros para desarrollar un sistema de evaluación por medio del cual podían conocer exactamente la adquisición de las habilidades del padre.

Este paradigma, es un modelo de entrenamiento que envuelve la identificación de habilidades blanco, análisis de tarea, definiciones operacionales, especificación de objetivos, evaluación de la actuación de los entrenados en areas de habilidades blanco etc.

Es por ello que Carr y Durand (1985), citados por Barton (1987), consideran la importancia del entrenamiento, por la facilidad que ofrece el manejo conductual a través de las diferentes herramientas, además de tener como ventaja que pueden obtener cambios en el niño sin que el profesional esté presente. Además se considera que los cambios de conducta del niño, apoyado por sus padres, suelen mantenerse mejor que los cambios efectuados únicamente por un terapeuta, ya que cuando los padres son los terapeutas, el proceso de tratamiento puede ser, tanto preventivo como correctivo. Como resultado evidente lo que hace el paraprofesional, es ampliar eficazmente los alcances de los servicios profesionales.

Por otra parte, el entrenamiento paraprofesional aplicado a padres, puede ser llevado a cabo a través de la terapia individual o bien multifamiliar.

El entrenamiento multifamiliar incluye a un grupo de padres, el cual recibe entrenamiento por terapeutas, a través de instrucciones de manera formal. Así mismo, Rinn y Markle (1986), opinan que es necesario tomar como base en los programas de entrenamiento multifamiliar, la utilización de materiales programados para lograr los resultados esperados, considerando el programa de entrenamiento en relación a la problemática y número de sujetos incluidos en el grupo.

Entre algunas de las aproximaciones del entrenamiento multifamiliar utilizadas por O Dell (1985), se encuentra el método didáctico, que cuenta con instrucciones orales y escritas, pudiendo constituir esto una nueva alternativa con la cual se podría obtener buenos resultados y una alta satisfacción del paciente.

Sin embargo, investigación adicional es necesaria para confirmar, los principios existentes y concernientes de a quien y bajo que circunstancias el tratamiento multifamiliar debería ser recomendado. Aun y cuando algunos investigadores entre ellos Pevsner R. (1982), indican que el entrenamiento a padres, en terapia de comportamiento multifamiliar, es más eficiente que la terapia individual, tomando como criterios el tiempo y número de sujetos. Se consideran como ventajas de este tipo de entrenamiento, la intervención de un terapeuta para atender a un número mayor de clientes en una sola vez. Además de considerar que esta forma de tratamiento bajo condiciones clínicas normales, puede ser usada en diversos centros de tratamiento para el niño.

Johnson y Brown (1969), citados por Budman (1988), entrenaron a padres en los principios y las técnicas del aprendizaje, mediante la formación de grupos de discusión, se les daba también un material de lectura programado y se les impartían instrucciones acerca de cómo debían interactuar de manera directa con sus hijos. Además se les enseñó a observar y llevar un registro de los datos, hasta llegar a dominar un cuerpo de conocimientos generales, como también técnicas específicas, convirtiéndolos en "Modificadores de Conducta".

M E T O D O

SUJETOS:

La población elegida, constó de 36 parejas de padres, cuyas edades fluctuaban, entre los 28 y 38 años de edad, pertenecientes a la clase media alta. Esto fue tomado en base a la clasificación dada por la Clínica Nova A.C. Siendo estos empleados de la empresa Hylsa D.A.P., padres de un niño con problemática conductual. (Enuresis, Berrinche, Negativismo, Chupado del Pulgar o Fobia), con una edad entre los 3 y 9 años, cursando el nivel kinder y primaria.

APARATOS:

Se utilizó una sala especial (sala audiovisual), con material necesario como: proyector, grabadora, mocrófono, cassetts, rotafolio, así como legajos, hojas trípticos, lápices, marcadores y material auxiliar.

PROCEDIMIENTO:

Se realizó de la siguiente manera, sobre la base del diseño pre-experimental de un solo grupo con pretest y postest, tal como lo menciona Luis Castro (1975).

I.- FASE DE DETECCION:

1.- Se hizo entrega de una encuesta (anexo 1), a los padres que asistían a consulta en el Departamento de Pediatría de la Clínica Nova A.C., a través de los pediatras, mismas que al ser contestadas eran entregadas en la sala de recepción de ese departamento para posteriormente ser enviadas con las psicólogas a consulta.

2.- Durante la consulta, se llevó a cabo una entrevista inicial (anexo 2) con los padres. Durante la cual se obtuvieron datos generales sobre la problemática incidencia y manejo de esta en casa.

3.- Posteriormente se llevó a cabo la selección de 11 parejas de padres que formaron el primer grupo, tomando como criterios de selección la problemática emocional, es decir que presentase algunas de estas conductas inadecuadas (enuresis, berrinche, negativismo, chupado del pulgar o fobia) y cuya edad estuviese dentro del rango 3 a 9 años de edad.

II.- FASE DE INTERVENCION TERAPEUTICA:

4.- Se prosiguió a llevar a cabo la terapia de grupo multifamiliar y unifamiliar para dar entrenamiento paraprofesional a estos en el manejo de un paquete de técnicas que involucran castigar y reforzar, para eliminar las conductas inadecuadas.

5.- *La duración de la terapia fue de 4 sábados consecutivos con un tiempo de 2 horas cada uno.*

III.- FASE DE TERAPIA MULTIFAMILIAR:

6.- *En la primer sesión se dio inicio a la terapia multifamiliar, durante la misma los terapeutas establecieron rapport con los participantes (parejas de padres de familia). Posteriormente se impartieron temas en relación al análisis conductual, las etapas del desarrollo del niño y el significado y manejo de registros (anexo 3) para la medición de las conductas de sus hijos. Pidiéndoles registrarán la conducta de su hijo durante una semana. (medida previa).*

7.- *En la segunda sesión, se dio a conocer la primera parte del paquete de técnicas en modificación de conducta, que consistía en enseñar a los padres, el manejo de técnicas para incrementar conductas adecuadas; además se recogieron y revisaron sus registros de medida previa.*

Al término de la sesión, se les pidió volvieran a registrar la conducta de su hijo durante la semana siguiente, ahora aplicando las técnicas en modificación de conducta que se adecuaron a su problemática.

8.- *Al llegar a la tercera sesión, se continuó con la segunda parte del paquete de técnicas, que consistió en la exposición de técnicas para mantener y disminuir conductas inadecuadas y revisión de registros.*

Nuevamente se les pidió, siguieran registrando la conducta de sus hijos, utilizando las técnicas convenientes a su problemática.

9.- Durante la cuarta sesión, se dio un resumen sobre el desarrollo de la terapia y manejo del paquete de técnicas utilizadas en las diversas situaciones de conflicto emocional. Así mismo, se resaltó la importancia del manejo de registros para el control de frecuencia conductual, para proseguir a dar por terminada la terapia de grupo multifamiliar con algunos temas relacionados a la familia.

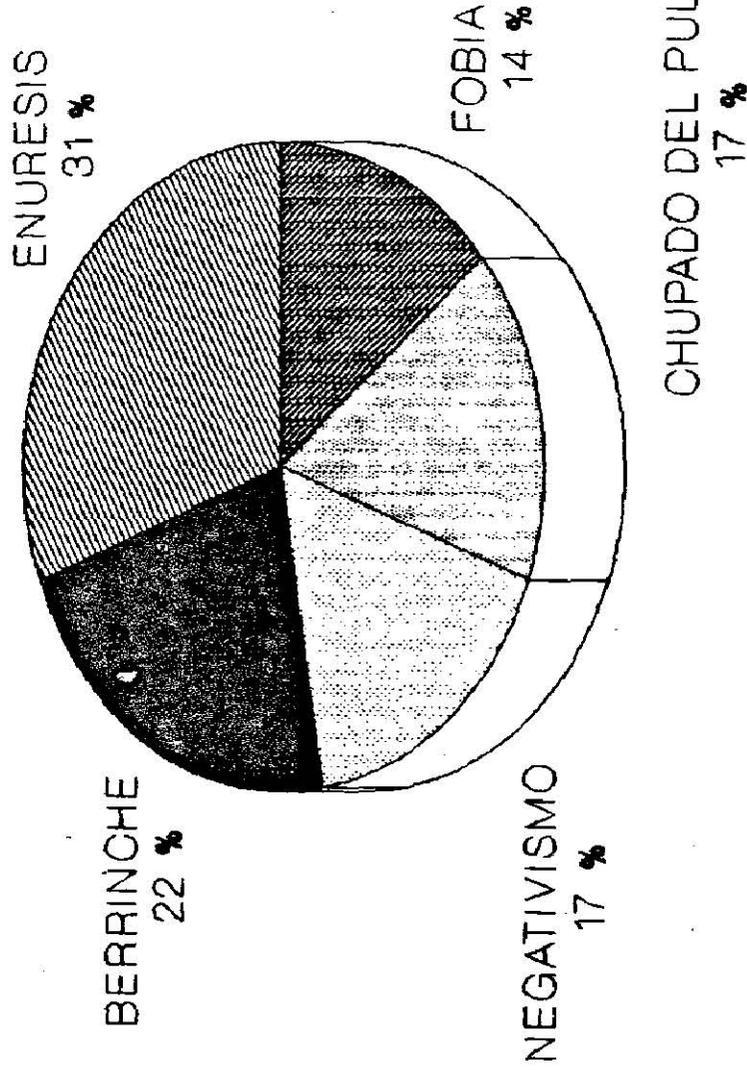
10.- Posteriormente a estas etapas, se llevó a cabo el tratamiento unifamiliar, el cual consistió en dar tratamiento a cada pareja, después de haber participado en la terapia de grupo multifamiliar a través de la consulta asignando 4 sesiones por pareja (una vez a la semana con una duración de una hora por sesión). Todo, con la finalidad de brindar apoyo a la pareja, en el seguimiento de su problemática.

11.- Este mismo procedimiento, se siguió al seleccionar 2 grupos mas de parejas de padres. El segundo grupo formado por 15 parejas y el tercer grupo por 10.

12.- Finalmente, los matrimonios que no lograron los resultados esperados a través de estos tratamientos, en el lapso esperado (2 meses), fueron canalizados.

RESULTADOS

Las conductas problema tratadas durante la terapia multifamiliar, son presentadas en la Fig. # 1, siendo estas: ENURESIS, BERRINCHE, NEGATIVISMO CHUPADO DEL PULGAR



FIG# 1. Porcentajes de Conducta Problema en niños derecho-habientes de Clínica Nova A.C.

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

La información será presentada siguiendo el orden de mayor a menor incidencia, de conductas problema con sus respectivos cuadros y gráficos.

ENURESIS:

Fase de Detección:

Se presentaron un total de 11 casos, (6 sexo masculino y 5 sexo femenino) de los cuales 5 fueron dados de alta*, 4 de baja** y 2 fueron canalizados*** a otro tipo de tratamiento, al no obtener los resultados esperados.

Además, los tipos de enuresis detectados fueron: Diurna y Nocturna, 3 casos del primero y 8 del segundo. Así mismo, 4 de los casos resultaron con enuresis primaria o continua y 7 con enuresis secundaria o intermitente (Ver cuadro # 1)

CUADRO # 1

Características de la enuresis, presentadas por infantes, durante la terapia Multifamiliar en Clínica Nova A.C. Monterrey N.L. 1990.

POR SEXO		POR RITMO DE MICCION		POR CRITERIO PSICOBIOLOGICO	
M	F	DIURNA	NOCTURNA	PRIMARIA	SECUNDARIA
6	5	3	8	4	7

FUENTE: Investigación Directa.

*ALTA. Significa paciente con problema resuelto.

**BAJA. Significa paciente desertor.

***CANALIZADO. Significa, paciente enviado a otro tratamiento.

Es interesante señalar también, que de los 3 casos de infantes con enuresis diurna, uno de ellos resultó con enuresis primaria y dos con enuresis diurna secundaria**; así mismo, para los ocho infantes con enuresis nocturna, estos resultaron con enuresis secundaria. (Ver cuadro 2).*

CUADRO # 2.

Total de casos de Infantes con Enuresis Diurna y Nocturna y tipos de enuresis que presentaron durante la terapia Multifamiliar, en la Clínica Nova A.C. Monterrey N.L. 1990.

	TOTAL DE CASOS	PRIMARIA	SECUNDARIA
DIURNA	3	1	2
NOCTURNA	8	0	8

FUENTE: Investigación Directa.

**Enuresis Primaria, se establece desde el comienzo de la infancia.*

***Enuresis Secundaria, aparece tras un período de control vesical de larga duración.*

Las siguientes figuras, muestran los resultados obtenidos durante los tratamientos aplicados, en sujetos enuréticos.

Fase de Intervención:

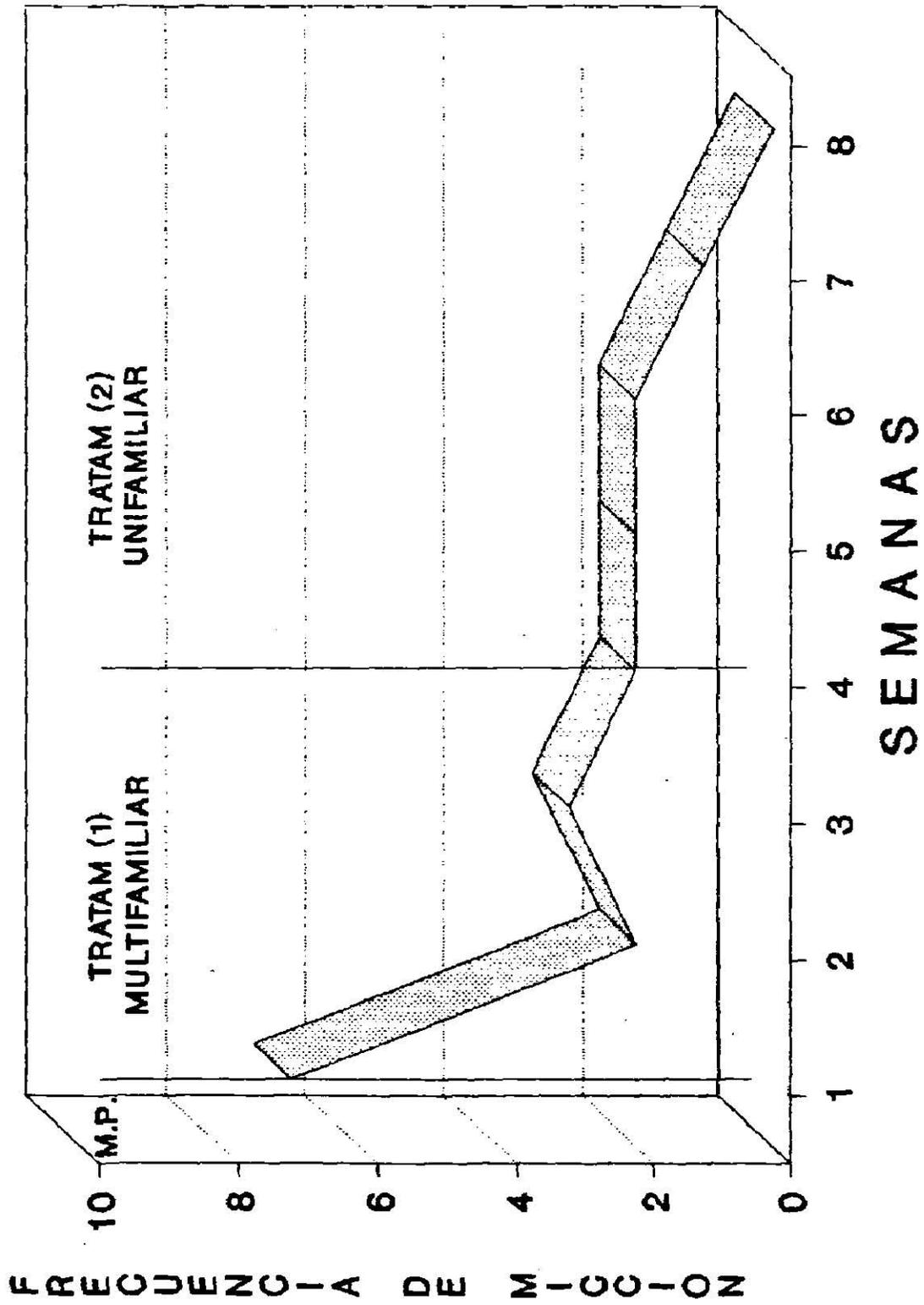
En la fase de intervención, el sujeto uno presentó, siete micciones en su orina (durante la medida previa), misma que disminuyó a dos durante la fase de tratamiento multifamiliar prosiguiendo su disminución durante el tratamiento unifamiliar hasta cero. (Ver fig.2); el sujeto dos, al igual que el sujeto uno inició con una frecuencia de siete micciones durante la medida previa, la cual disminuyó gradualmente a dos durante el tratamiento multifamiliar, para finalmente obtener una frecuencia de cero en la última fase de tratamiento.(Ver fig.3); en el sujeto tres, se puede observar un cambio más rápido en la disminución de su frecuencia de micción, ya que inició con una frecuencia de seis, la cual disminuyó a uno para la primer semana de tratamiento multifamiliar y a cero durante la tercer semana de esta misma fase de tratamiento, manteniendo esta conducta hasta el final de la octava semana. (Ver fig.4).

No obstante el sujeto cuatro, obtuvo una disminución más lenta, iniciando con una frecuencia de tres micciones durante la fase de medida previa, disminuyendo a uno, durante la primer semana de tratamiento (multifamiliar) y a cero a partir de la tercer semana de tratamiento unifamiliar.(Ver fig.5). Por último el caso cinco, durante la primer fase de medida previa inició con una frecuencia de ocho, la cual disminuyó gradualmente, durante la primer fase de tratamiento a tres y durante la tercer semana de tratamiento unifamiliar, a cero.(Ver fig.6).

Así mismo, la figura siete muestra los resultados totales de cada uno de los casos de enuresis.

**FRECUENCIA OBSERVADA DURANTE LA
MEDIDA PREVIA Y FASES DE TRATAMIENTO
EN LOS INFANTES CON CONDUCTA
ENURETICA, DATOS DE ALTA EN LA CLINICA
NOVA DE MONTERREY, A.C.
MONTERREY N.L. 1990.**

CASO 1



FIGURA# 2 . FRECUENCIA DE MIGCION POR SEMANA PRESENTADA POR EL CASO 1

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CASO 2

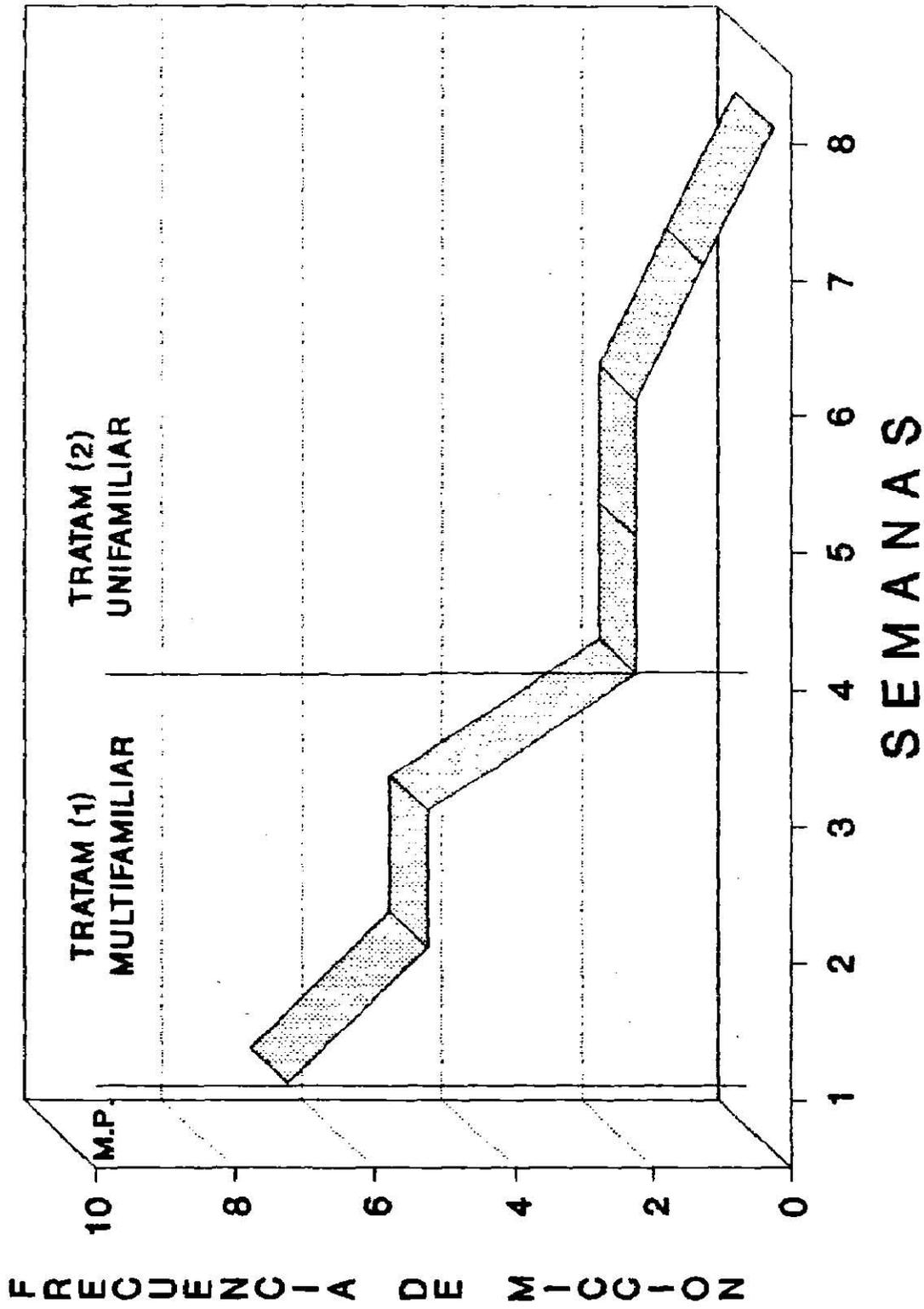


FIGURA # 3. FRECUENCIA DE MICCION POR SEMANA PRESENTADA POR EL CASO 2

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CASO 3

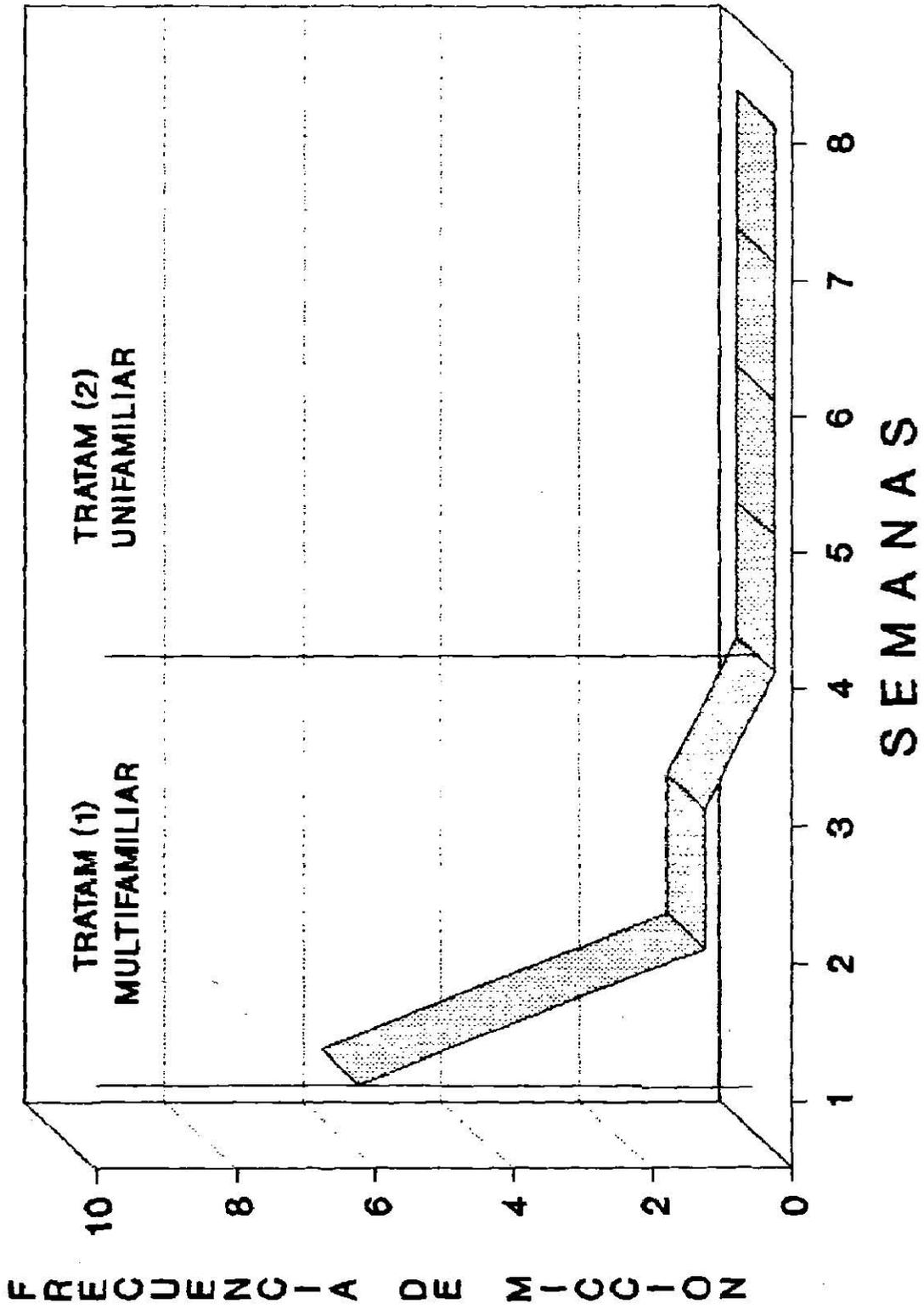


FIGURA # 4 FRECUENCIA DE MICCION PRESENTADA POR EL CASO 3

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CASO 4

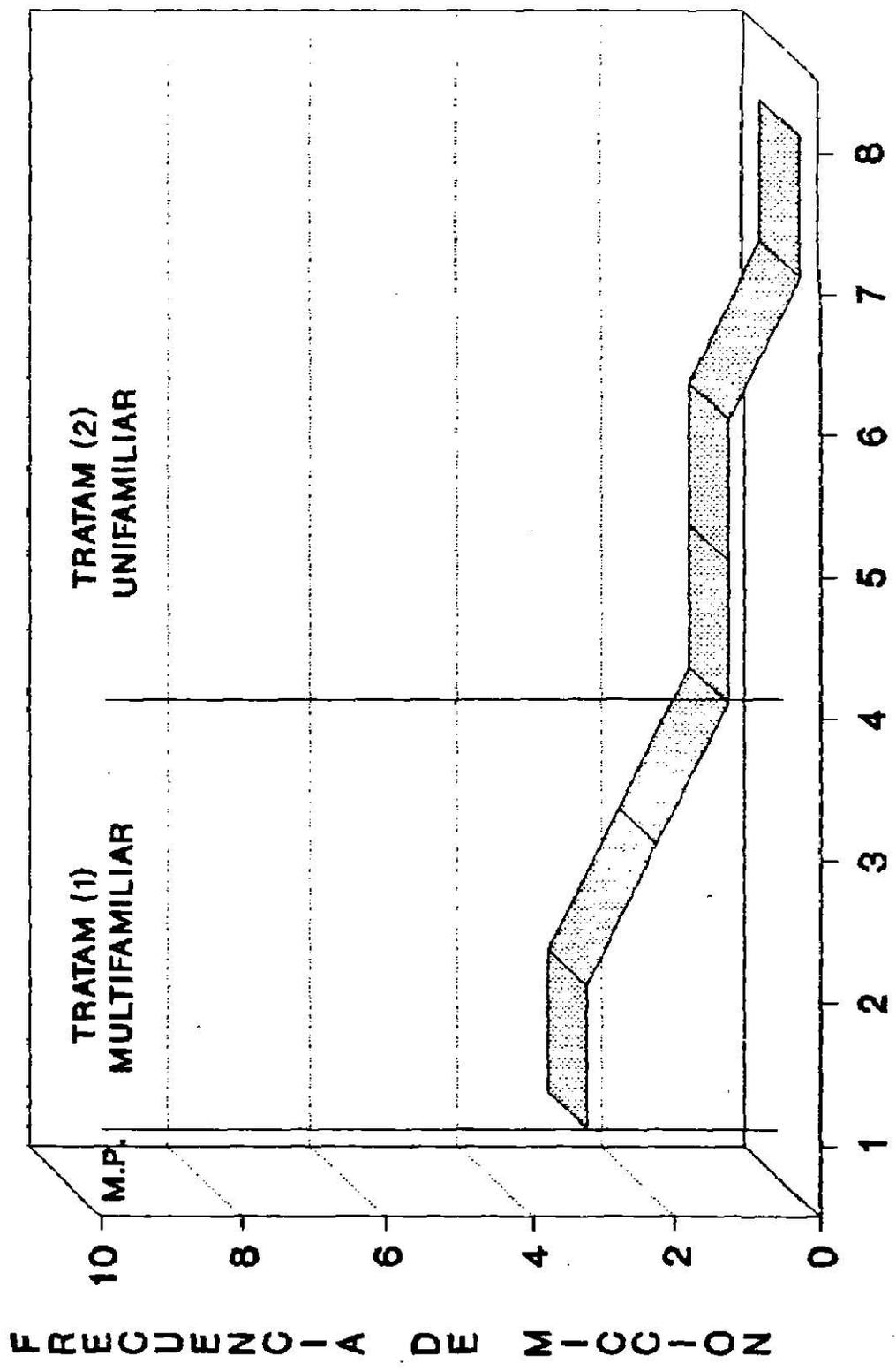


FIGURA # 5 FRECUENCIA DE MICCION PRESENTADA POR EL CASO 4

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CASO 5

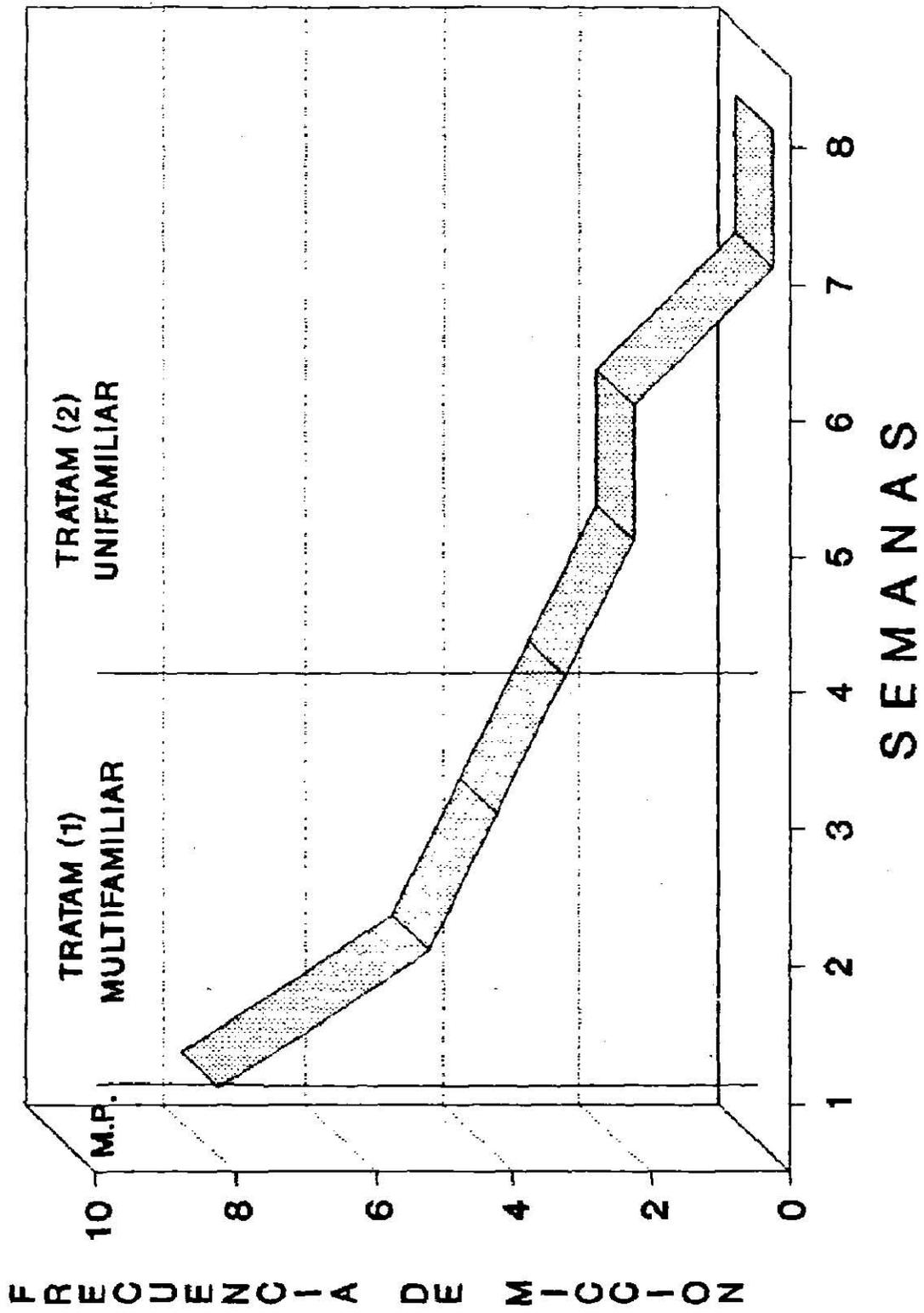


FIGURA # 6 FRECUENCIA DE MICCION PRESENTADA POR EL CASO 5

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

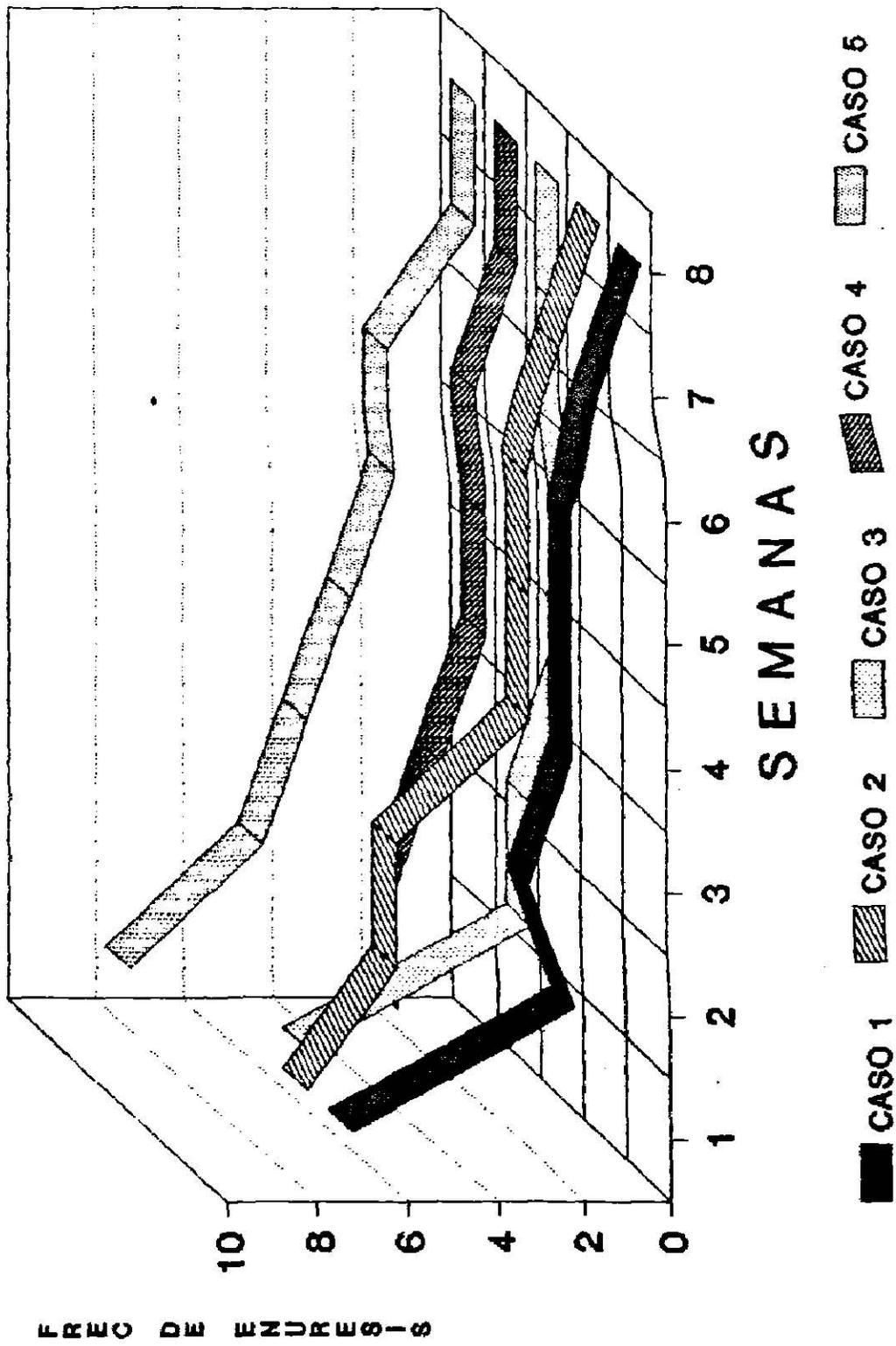


Fig. 2 FRECUENCIA TOTAL DE MICCION EN LOS SUJETOS QUE PRESENTARON ENURESIS

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Los casos seis y siete, fueron canalizados a otro tipo de tratamiento, debido a que los resultados obtenidos, no fueron lo suficientemente aceptables en el tiempo esperado.

Como lo muestran las gráficas de la figura ocho, el caso seis inició con una frecuencia de siete micciones durante la fase de Medida Previa, la cual disminuyó a seis durante la fase de tratamiento Multifamiliar y por último a tres durante la última fase de tratamiento (Unifamiliar). Así mismo, para el caso siete la frecuencia inicial fue de cinco durante la medida previa, la cual disminuyó a dos durante la primer fase de tratamiento, manteniéndose así hasta el final del tratamiento. (ver fig.9)

Por último, cuatro casos fueron dados de baja antes de iniciar el tratamiento, debido según reportes verbales de los padres a inconvenientes de última hora como son, motivos de salud, o bien no tenían con quien dejar a sus hijos.

**FRECUENCIA OBSERVADA DURANTE LA
MEDIDA PREVIA Y FASES DE TRATAMIENTO
EN LOS SUJETOS CON CONDUCTA
ENURETICA, CANALIZADOS A OTRO TIPO DE
TRATAMIENTO. MONTERREY N.L. 1990.**

CASO 6

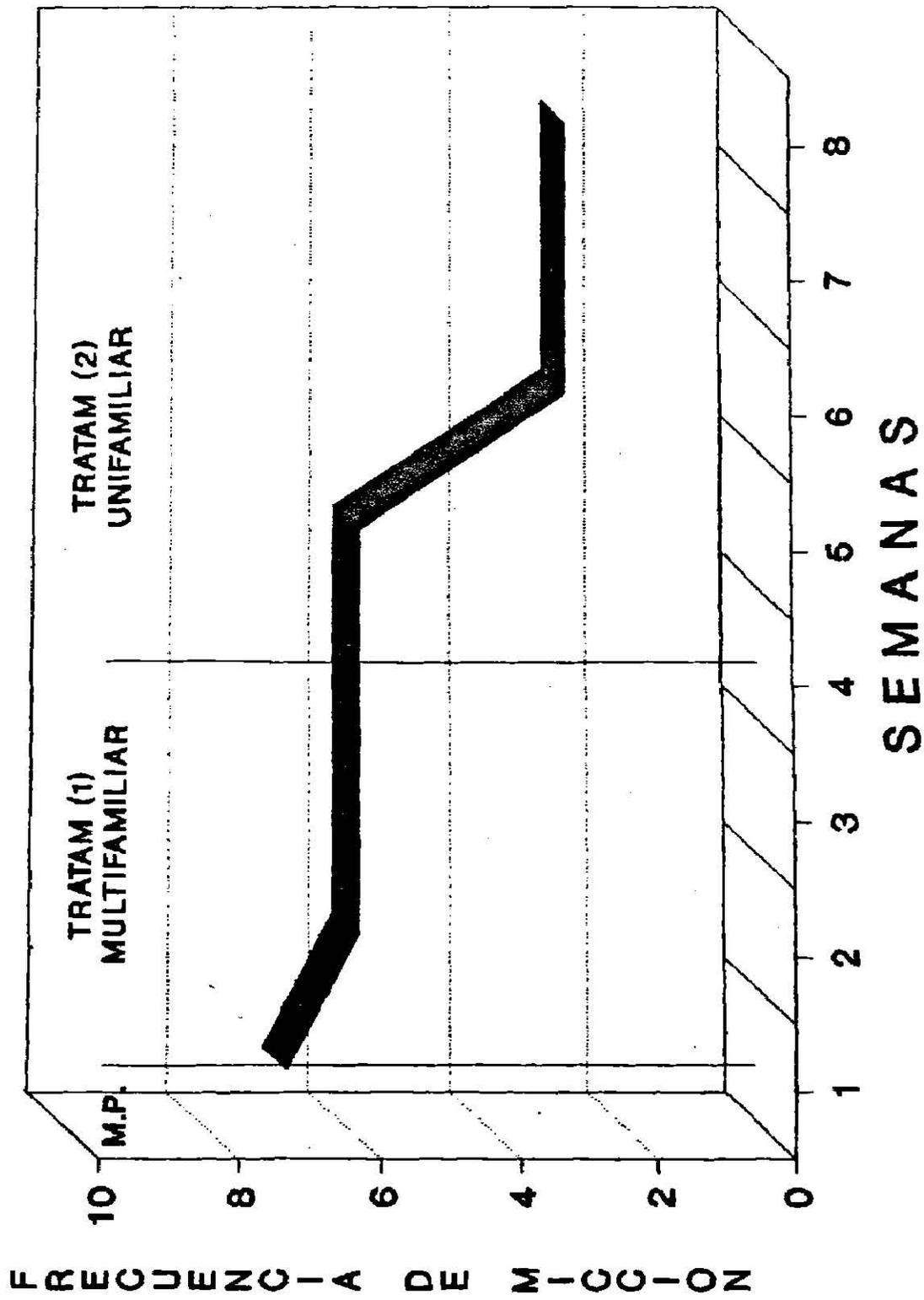


FIGURA # 8 FRECUENCIA DE MICCION PRESENTADA POR EL CASO 6

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 7

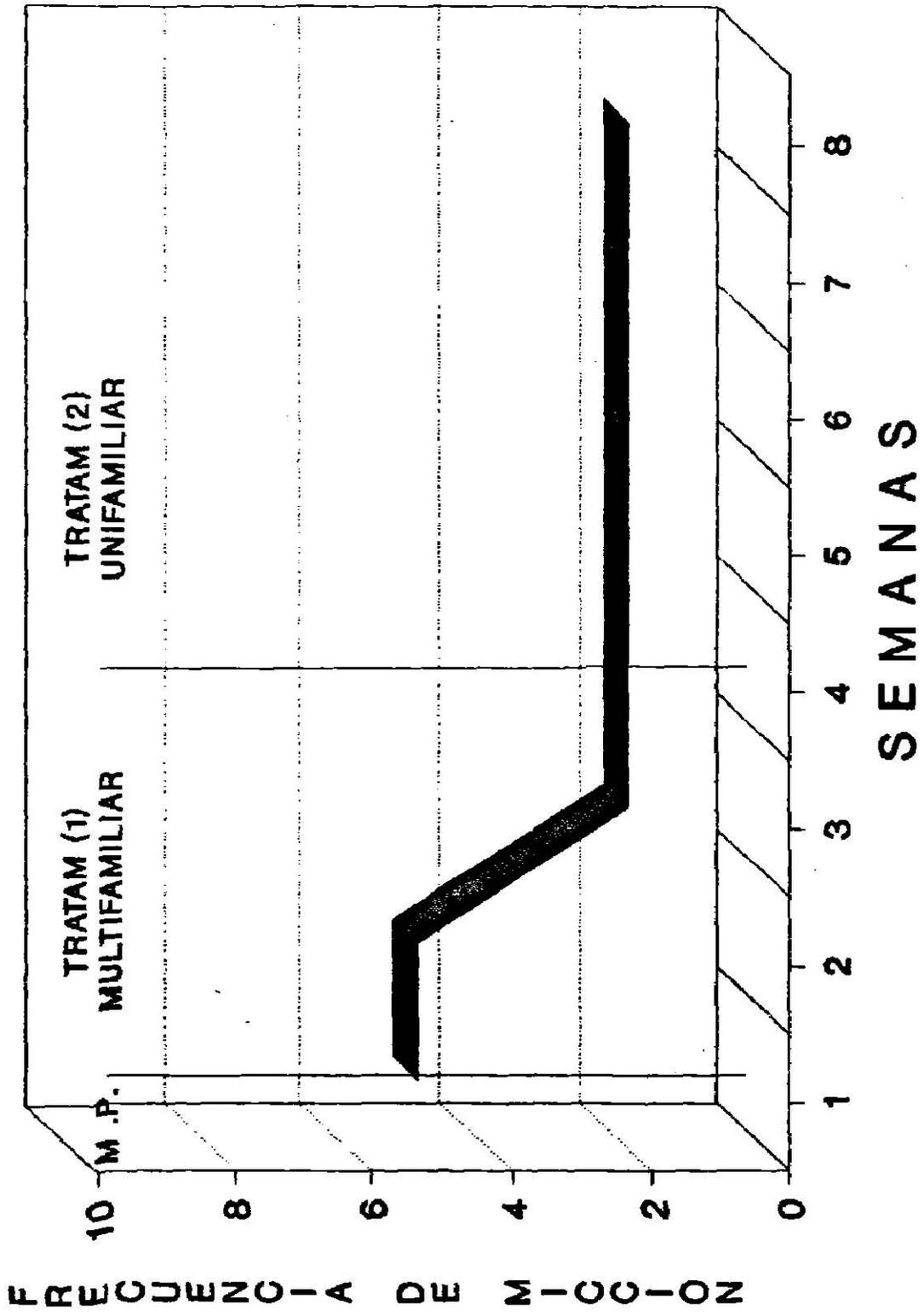


FIGURA # 9 FRECUENCIA DE MICCION PRESENTADA POR EL CASO 7

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

BERRINCHE Y NEGATIVISMO:

Fase de Detección:

Se presentaron un total de ocho casos de Berrinche, seis de sexo masculino y dos de sexo femenino, de los cuales seis fueron dados de alta y dos fueron canalizados. Los infantes que presentaron Negativismo fueron seis, tres de sexo femenino y tres de sexo masculino, de los cuales uno fue dado de baja y cinco fueron dados de alta.

Hciendo un análisis de secuencia global se encontró, que las condiciones previas a la aparición de éstas conductas problema reportadas por los padres fueron: La ausencia de atención y la atención excesiva, consideradas ambas por apreciación subjetiva de los mismos padres. (Ver cuadro 3).

CUADRO # 3

*Condiciones previas a la aparición de las conductas problema, observadas en los infantes por sus padres.
Clínica Nova. A.C. Monterrey N.L. 1990.*

CONDUCTAS PROBLEMA	No. TOTAL DE CASOS	CONDICIONES PREVIAS	
		AUSENCIA DE ATENCION DE LOS PADRES	ATENCION EXCESIVA DE LOS PADRES
BERRINCHE	8	4	4
NEGATIVISMO	6	4	2

FUENTE: *Investigación Directa.*

Así mismo, el cuadro 4 muestra las condiciones posteriores que mostraban los padres, como resultado de las conductas problema de los niños. (Berrinche y Negativismo). Ellos empleaban Extinción (ignoraban la conducta del infante) o bien Castigo (golpes) según reportes verbales de los mismos.

CUADRO # 4

Condiciones posteriores a las conductas problema, aplicadas por los padres a los infantes antes de iniciar el tratamiento. Clínica Nova A.C. Monterrey N.L. 1990.

<i>CONDUCTAS PROBLEMA</i>	<i>CONDICIONES POSTERIORES</i>	
	<i>GOLPES</i>	<i>EXTINCION</i>
<i>NEGATIVISMO</i>	<i>5</i>	<i>1</i>
<i>BERRINCHE</i>	<i>7</i>	<i>1</i>

FUENTE: Investigación Directa.

Fase de Intervención:

Durante la fase de intervención, se encontró que el sujeto uno, presentó una frecuencia de dieciseis apariciones de conducta durante la fase de medida previa (M.P), la cual disminuyó hasta ocho durante la fase de tratamiento Multifamiliar (tratam 1) para posteriormente lograr eliminar la conducta a partir de la cuarta semana de fase de tratamiento Unifamiliar (tratam 2); el caso dos dió inicio con una frecuencia de seis durante la fase de medida previa, la cual disminuyó a uno durante el tratamiento uno y a cero a partir de la tercer semana de tratamiento dos; el caso tres inició con ocho frecuencias las cuales disminuyeron a cuatro en el tratamiento uno y a cero durante el tratamiento dos; el caso cuatro inició con una frecuencia de siete, durante la fase de medida previa la cual disminuyó a tres durante el tratamiento uno y a cero durante el tratamiento dos; el caso cinco, durante la fase de medida previa, presentó una frecuencia de cinco, la cual disminuyó a dos durante la fase de tratamiento uno y a cero a partir de la segunda semana de tratamiento dos; para el caso seis la frecuencia inicial fue de nueve en la medida previa, la cual disminuyó a dos durante la fase de tratamiento uno y a cero a partir de la tercer semana de tratamiento dos.

**FRECUENCIA OBSERVADA
DURANTE LA MEDIDA PREVIA Y
FASES DE TRATAMIENTO EN
LOS INFANTES QUE
PRESENTARON BERRINCHE,
DADOS DE ALTA EN LA
CLINICA NOVA A.C.
MONTERREY, N.L. 1990**

CASO 1

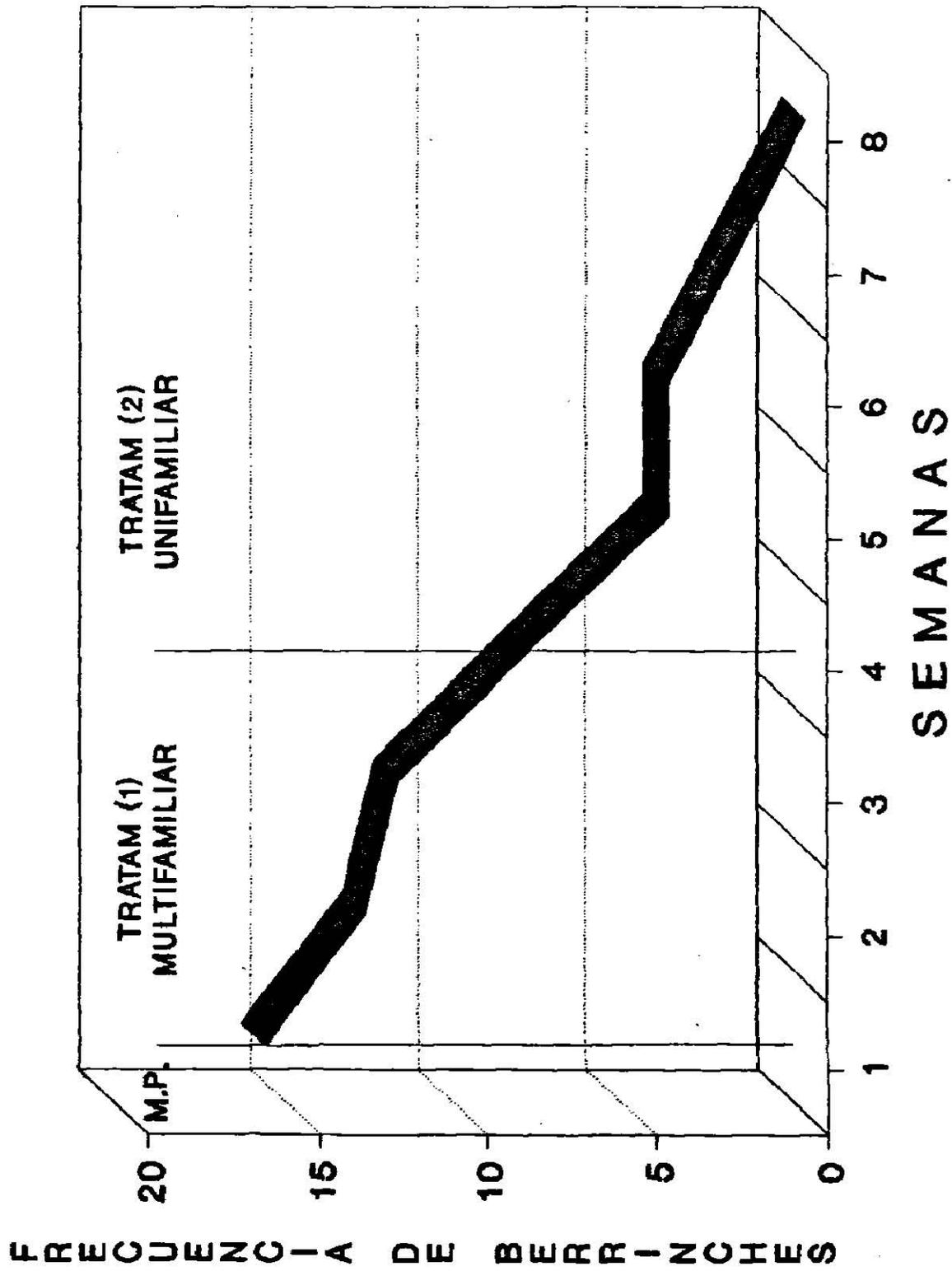


FIGURA # 10 FRECUENCIA DE BERRINCHES POR SEMANA PRESENTADOS POR EL CASO 1

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 2

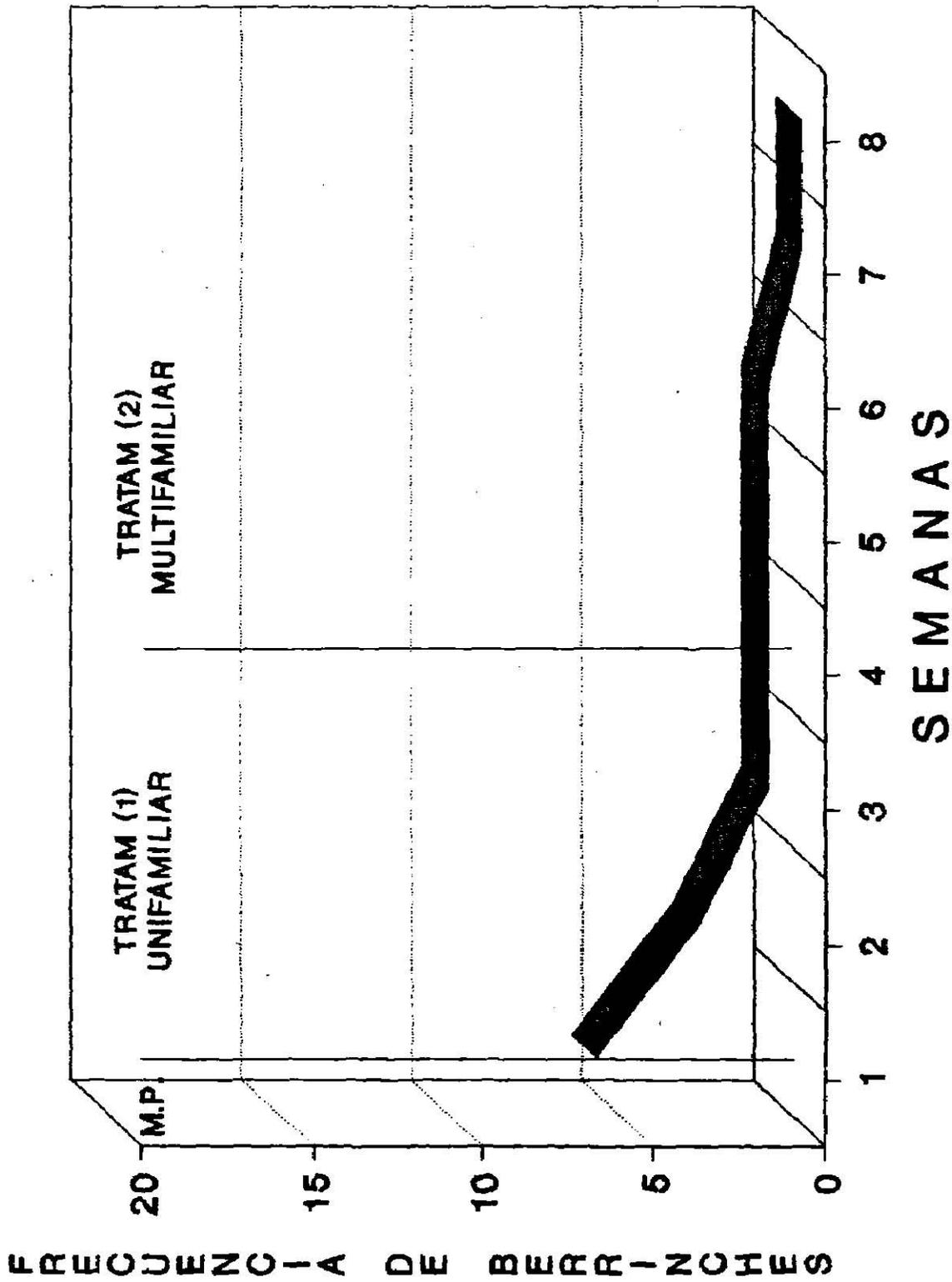


FIGURA # 11 FRECUENCIA DE BERRINCHES POR SEMANA PRESENTADA POR EL CASO 2

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 3

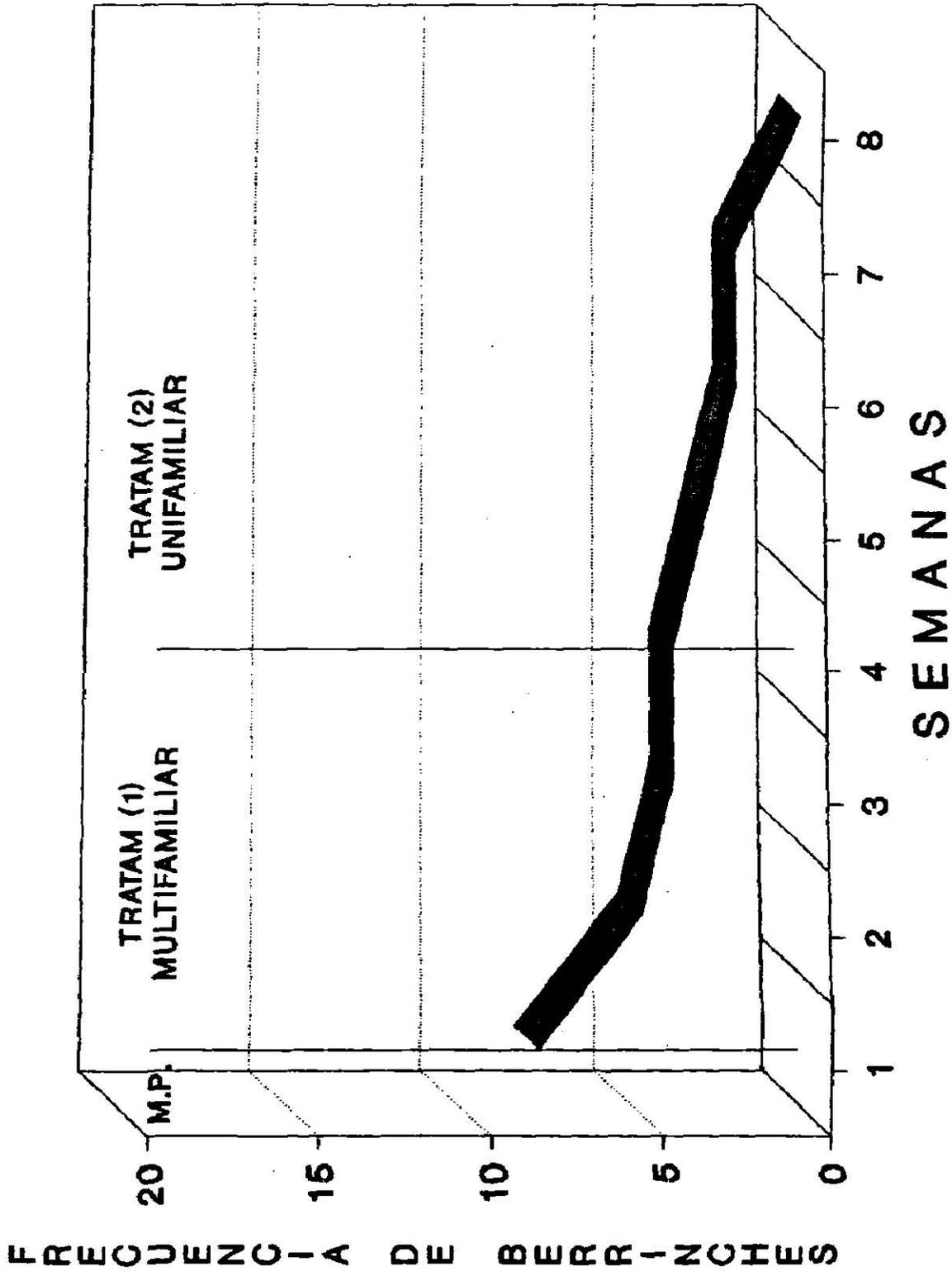


FIGURA # 12 FRECUENCIA DE BERRINCHES POR SEMANA PRESENTADA POR EL CASO 3

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 4

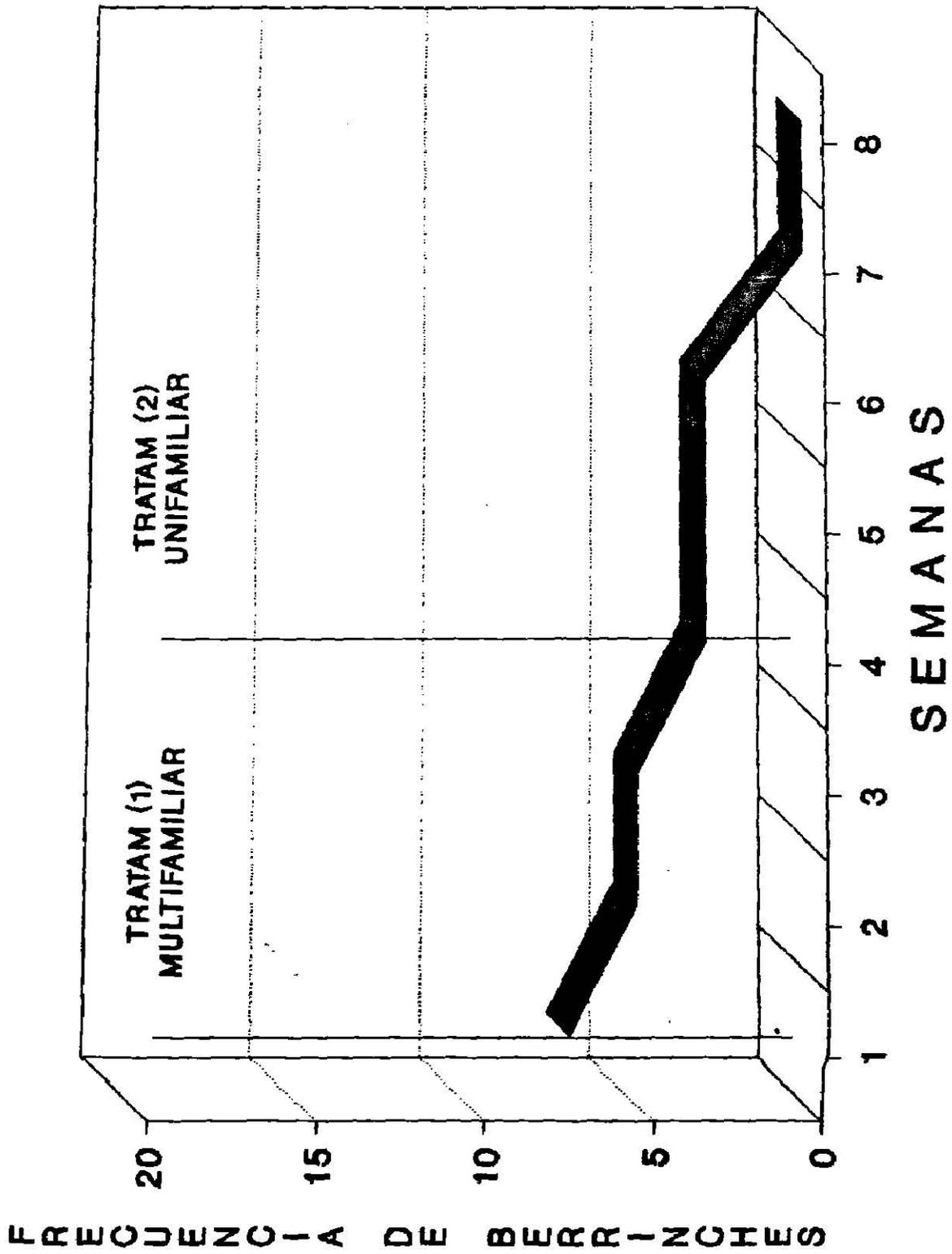


FIGURA # 13 FRECUENCIA DE BERRINCHES POR SEMANA PRESENTADA POR EL CASO 4
FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 5

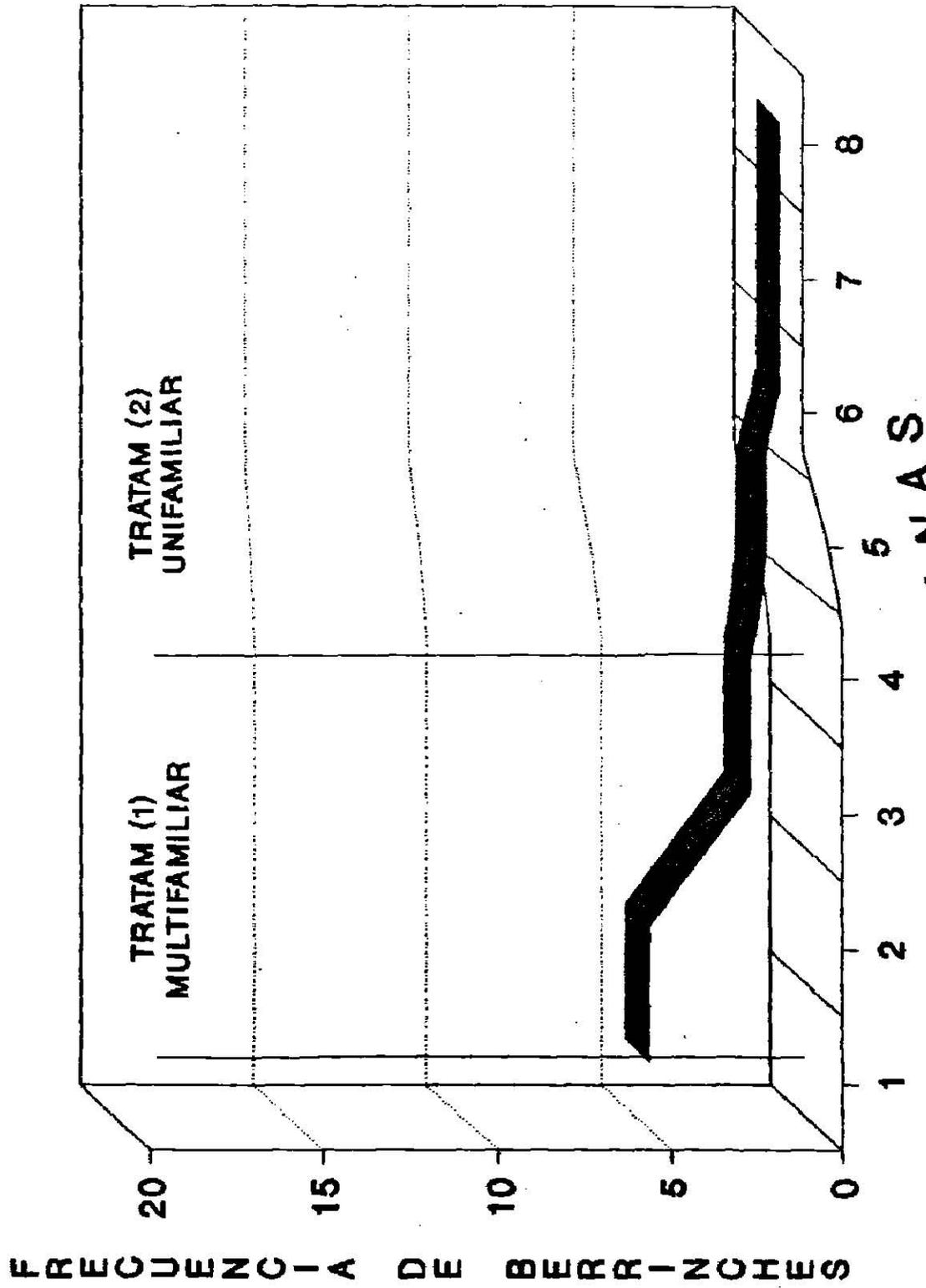


FIGURA # 14 FRECUENCIA DE BERRINCHES POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 5
FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 6

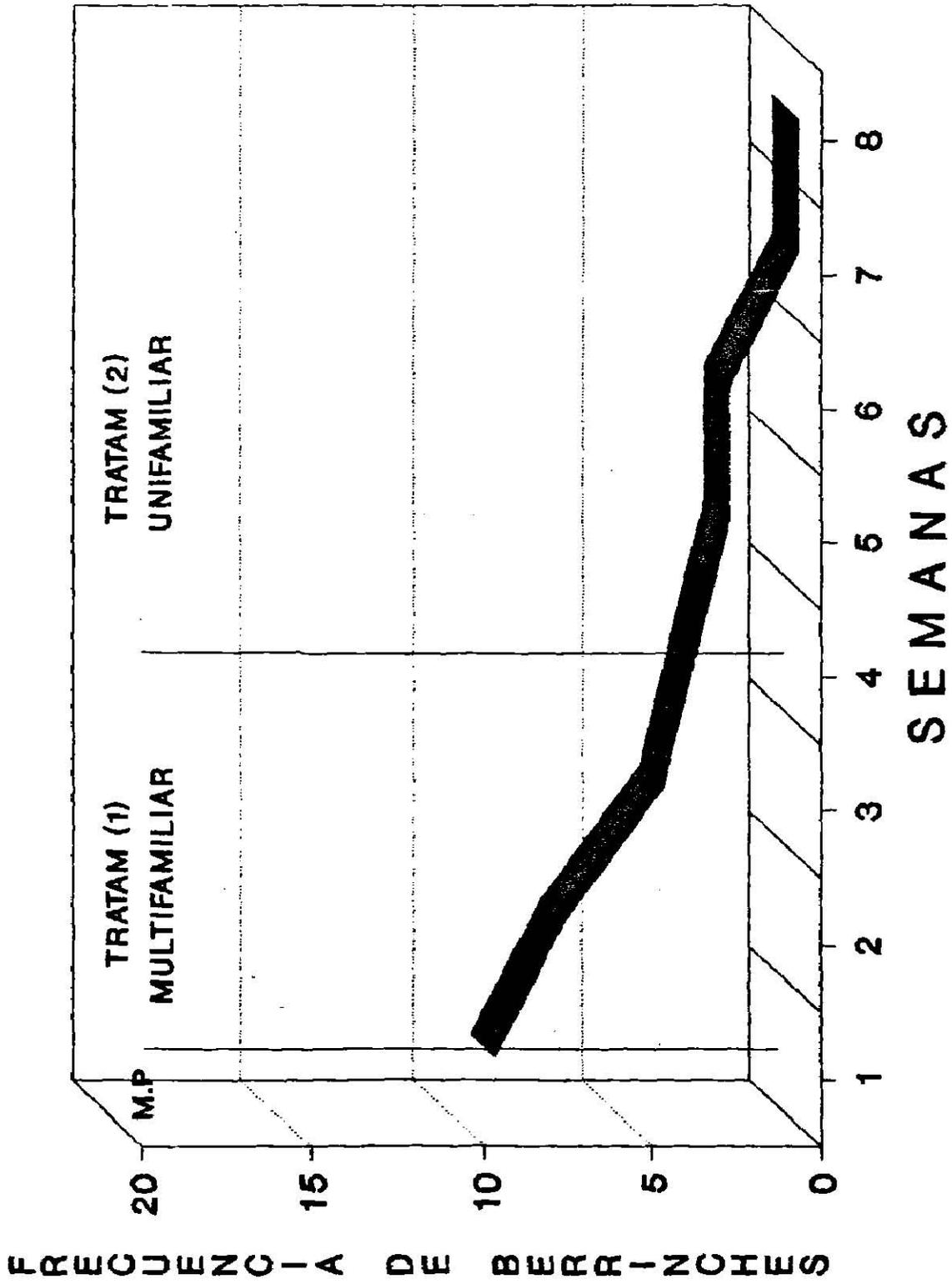


FIGURA # 15 FRECUENCIA DE BERRINCHES POR SEMANA PRESENTADA POR EL CASO 6

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

FRECUENCIA DE BERRINCHES

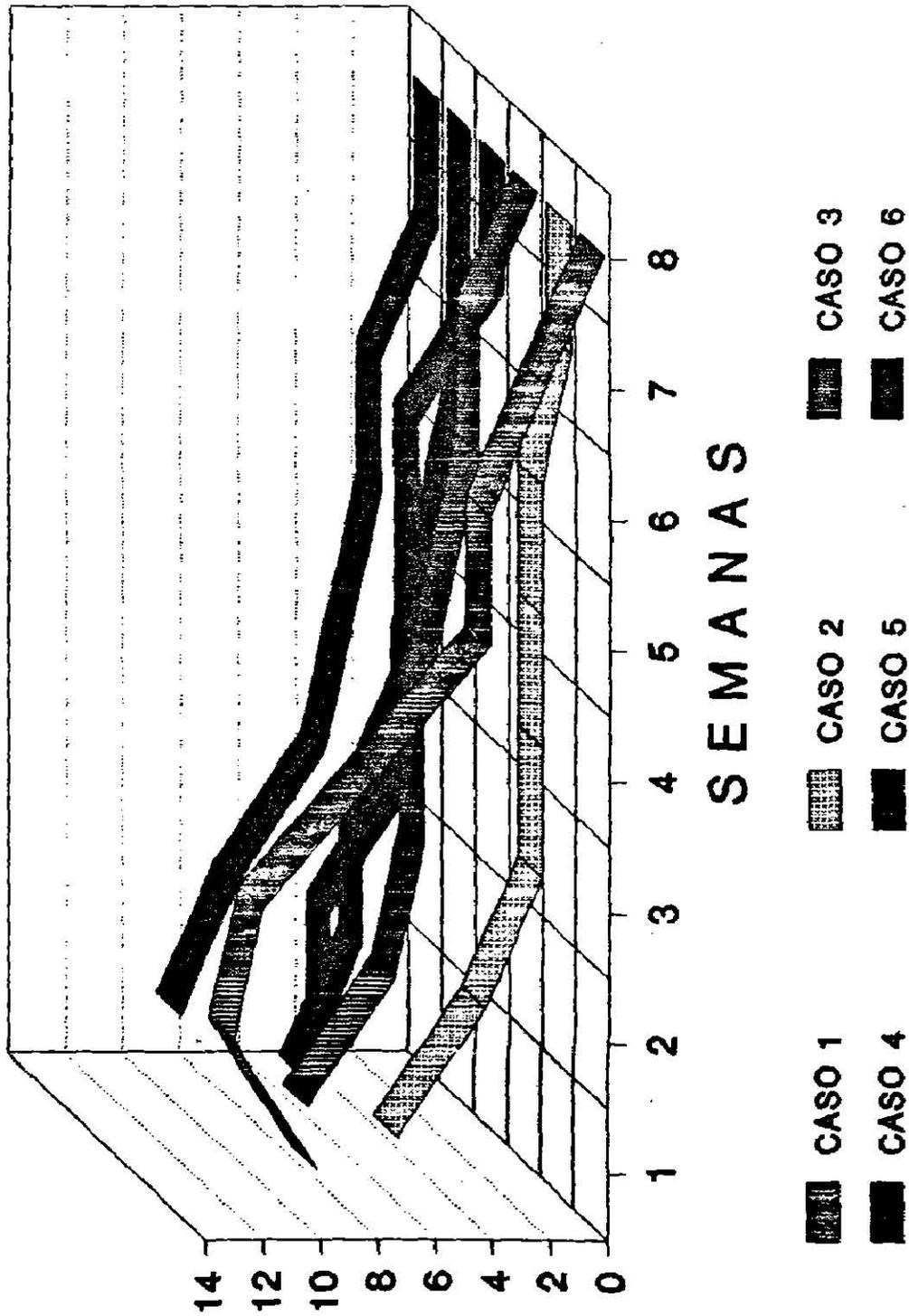


Fig.16 FRECUENCIA TOTAL OBSERVADA EN LOS 6 CASOS QUE PRESENTARON BERRINCHES

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Los casos siete y ocho fueron canalizados, al no obtener los resultados esperados en el tiempo esperado.

El caso siete inició con una frecuencia de cinco, durante la fase de medida previa, la cual disminuyó a tres durante el tratamiento multifamiliar y finalmente a uno durante el tratamiento unifamiliar; para el caso ocho la frecuencia inicial fue de veinte durante la fase de medida previa, la cual logró disminuir a seis durante el tratamiento multifamiliar y a dos durante el tratamiento unifamiliar.

** No se presentaron casos dados de baja.*

**FRECUENCIA OBSERVADA
DURANTE LA MEDIDA PREVIA Y
FASES DE TRATAMIENTO EN
LOS INFANTES QUE
PRESENTARON BERRRINCHE,
CANALIZADOS A OTRO
TRATAMIENTO EN LA CLINICA
NOVA A.C.
MONTERREY N.L., 1990**

CASO 7

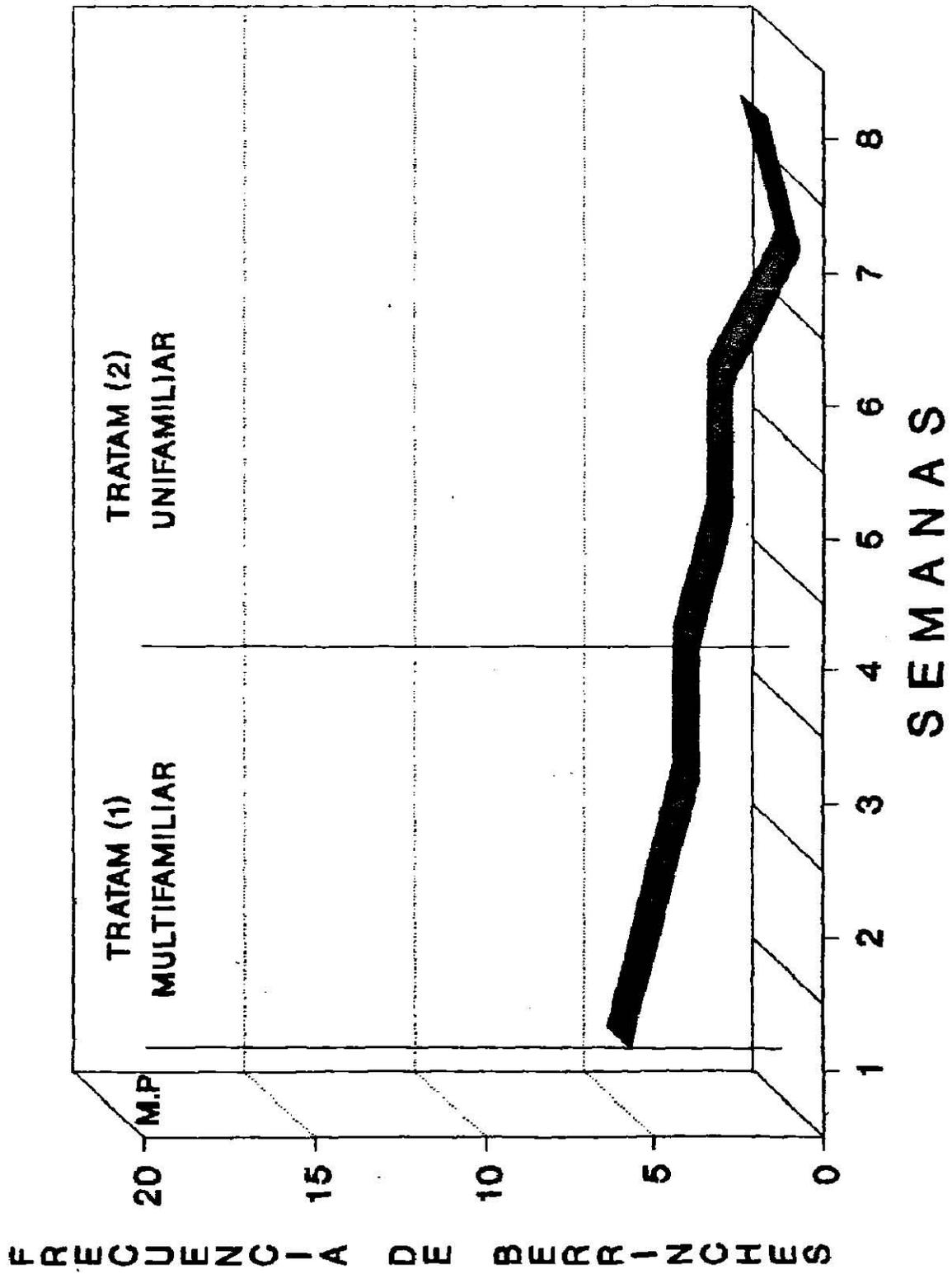


FIGURA # 17 FRECUENCIA DE BERRINCHES POR SEMANA PRESENTADA POR EL CASO 7

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 8

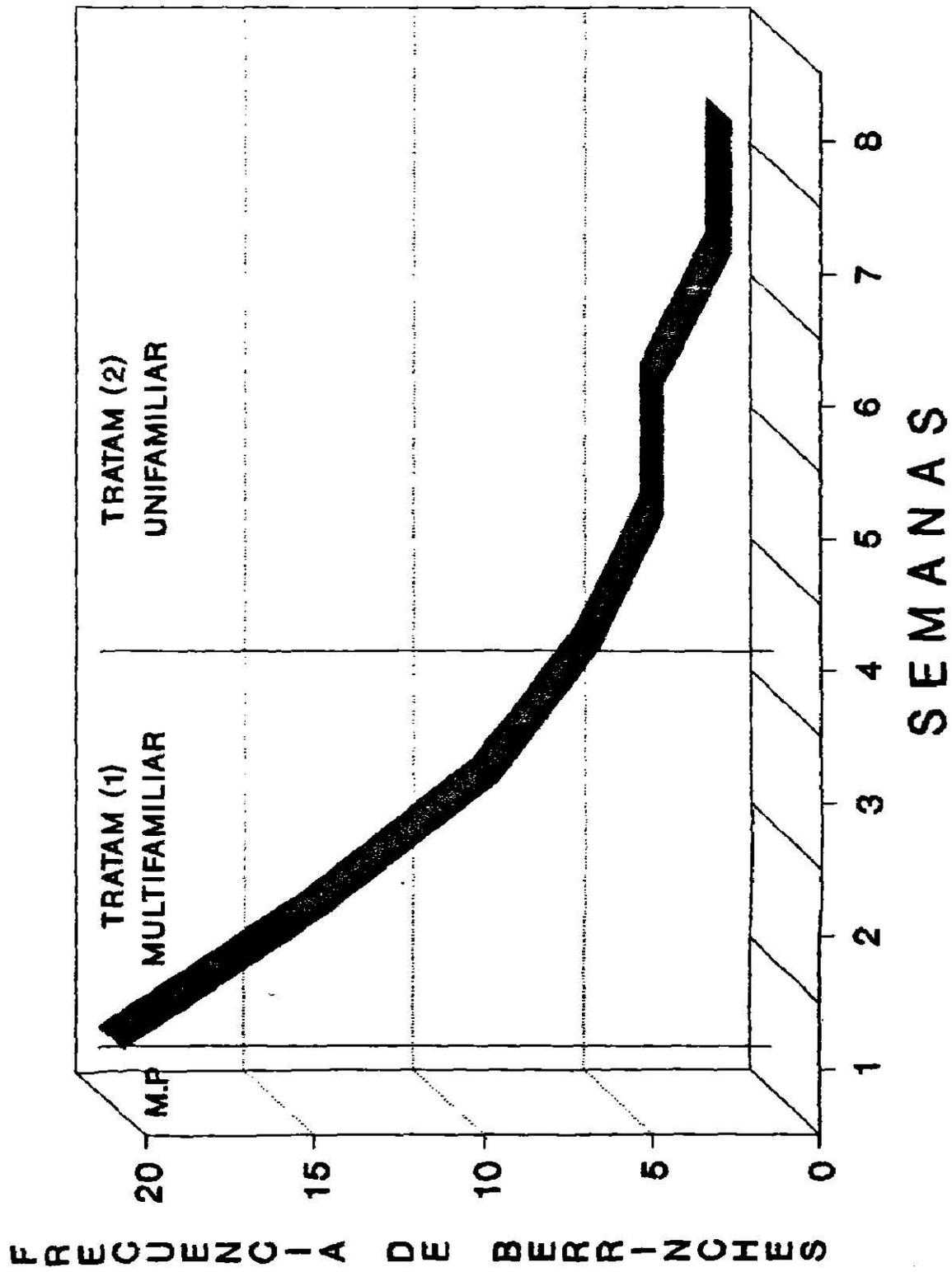


FIGURA # 18 FRECUENCIA DE BERRINCHES POR SEMANA PRESENTADA POR EL CASO 8

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

NEGATIVISMO:

Fase de Detección:

Para los casos con negativismo, se obtuvieron los siguientes resultados.

El caso uno inició con una frecuencia de siete durante la fase de medida previa, la cual disminuyó a cuatro durante la fase de tratamiento uno, para posteriormente terminar en cero a partir de la tercer semana de la fase de tratamiento dos;(ver figura 19), el caso dos durante la primer fase de medida previa, inició con una frecuencia de ocho, misma que disminuyó a cuatro en la fase de tratamiento multifamiliar y a cero durante la tercer semana de tratamiento unifamiliar;(ver figura 20), para el caso tres la frecuencia inicial fue de siete durante la medida previa, obteniendo un rápido decremento al lograr una frecuencia de cero a partir de la tercer semana de tratamiento multifamiliar, manteniendo esta conducta hasta el final del tratamiento unifamiliar;(ver figura 21), el caso cuatro dió inicio durante la fase de medida previa con una frecuencia de trece la cual disminuyó a siete a finales del tratamiento multifamiliar, para proseguir su disminución durante el tratamiento unifamiliar logrando eliminar totalmente su conducta.(Ver figura 22), Finalmente el caso cinco, inició con una frecuencia de diecisiete, durante la fase de medida previa, la cual disminuyó a trece durante el tratamiento multifamiliar y a cero finalmente a partir de la tercer semana de tratamiento unifamiliar. (Ver fig.23)

Un caso fue dado de baja por motivos de salud del infante, esto fué reportado por los mismos padres.

**FRECUENCIA OBSERVADA
DURANTE LA FASE DE MEDIDA
PREVIA Y FASES DE
TRATAMIENTO EN LOS
INFANTES CON NEGATIVISMO
DADOS DE ALTA EN LA CLINICA
NOVA A.C.
MONTERREY, N.L. 1990**

CASO 1

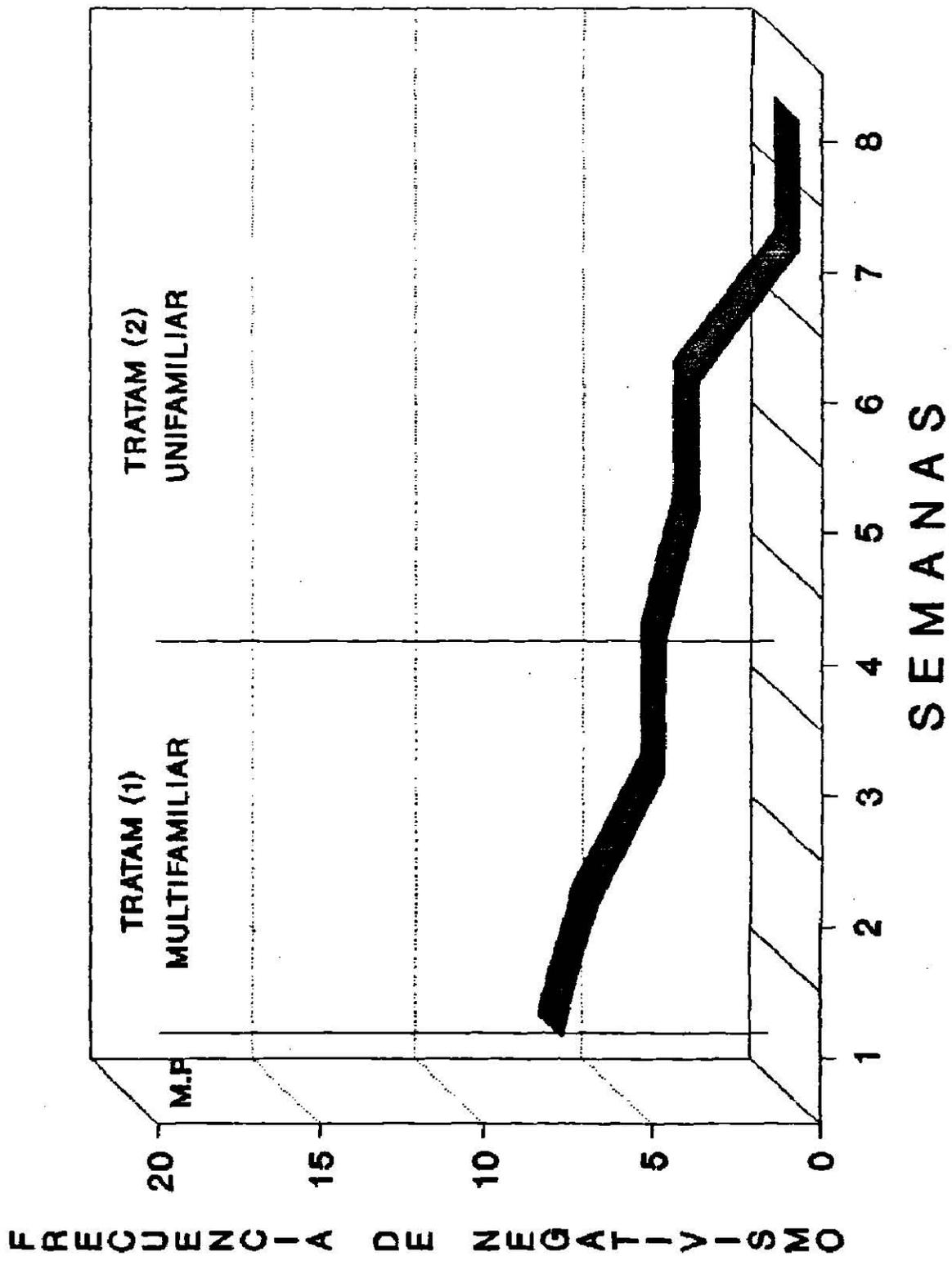


FIGURA # 19 FRECUENCIA DE NEGATIVISMO POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 1

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 2

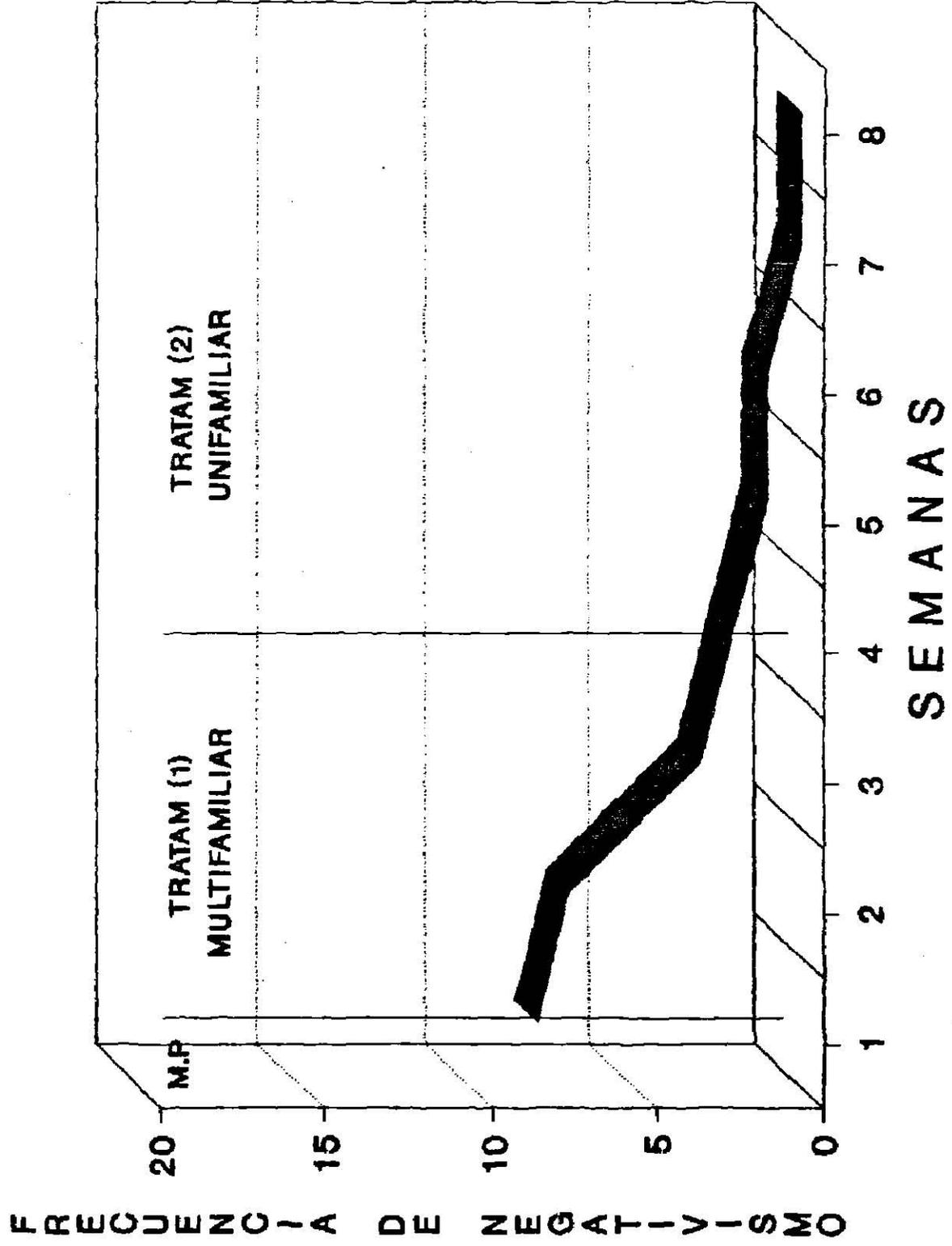


FIGURA # 20 FRECUENCIA DE NEGATIVISMO POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 2

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 3

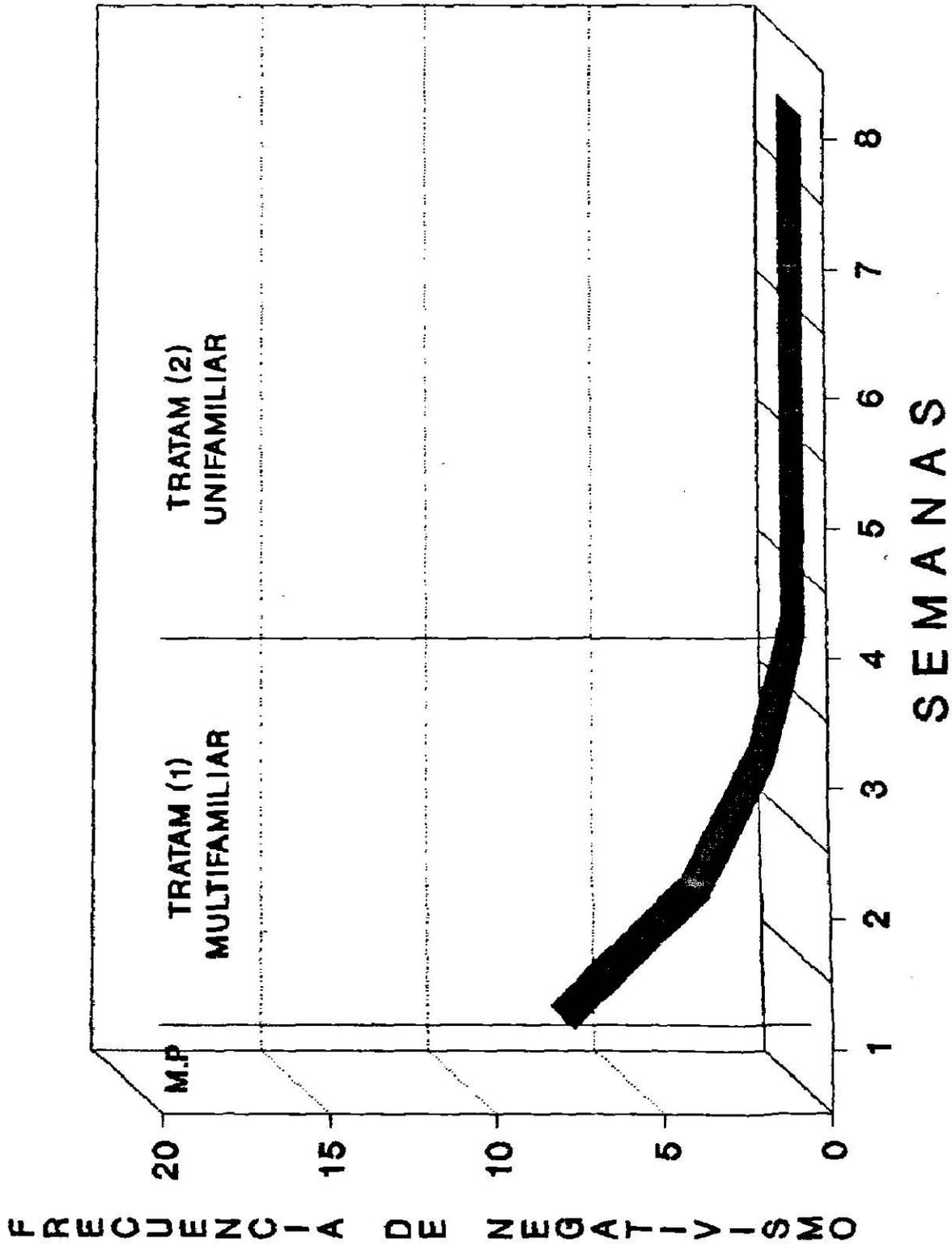


FIGURA # 21 FRECUENCIA DE NEGATIVISMO POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 3
FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 4

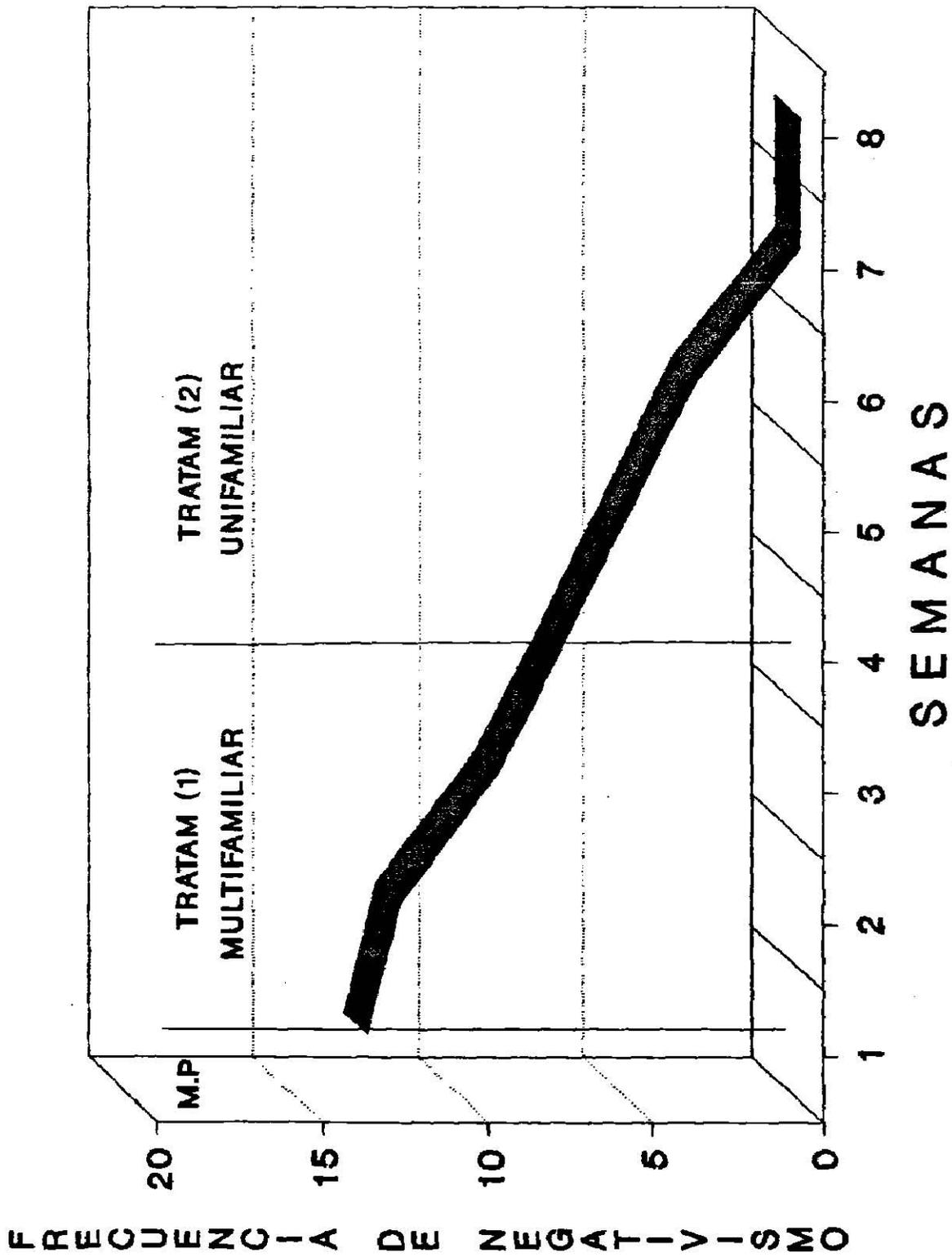


FIGURA # 22

FRECUENCIA DE NEGATIVISMO POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 4

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 5

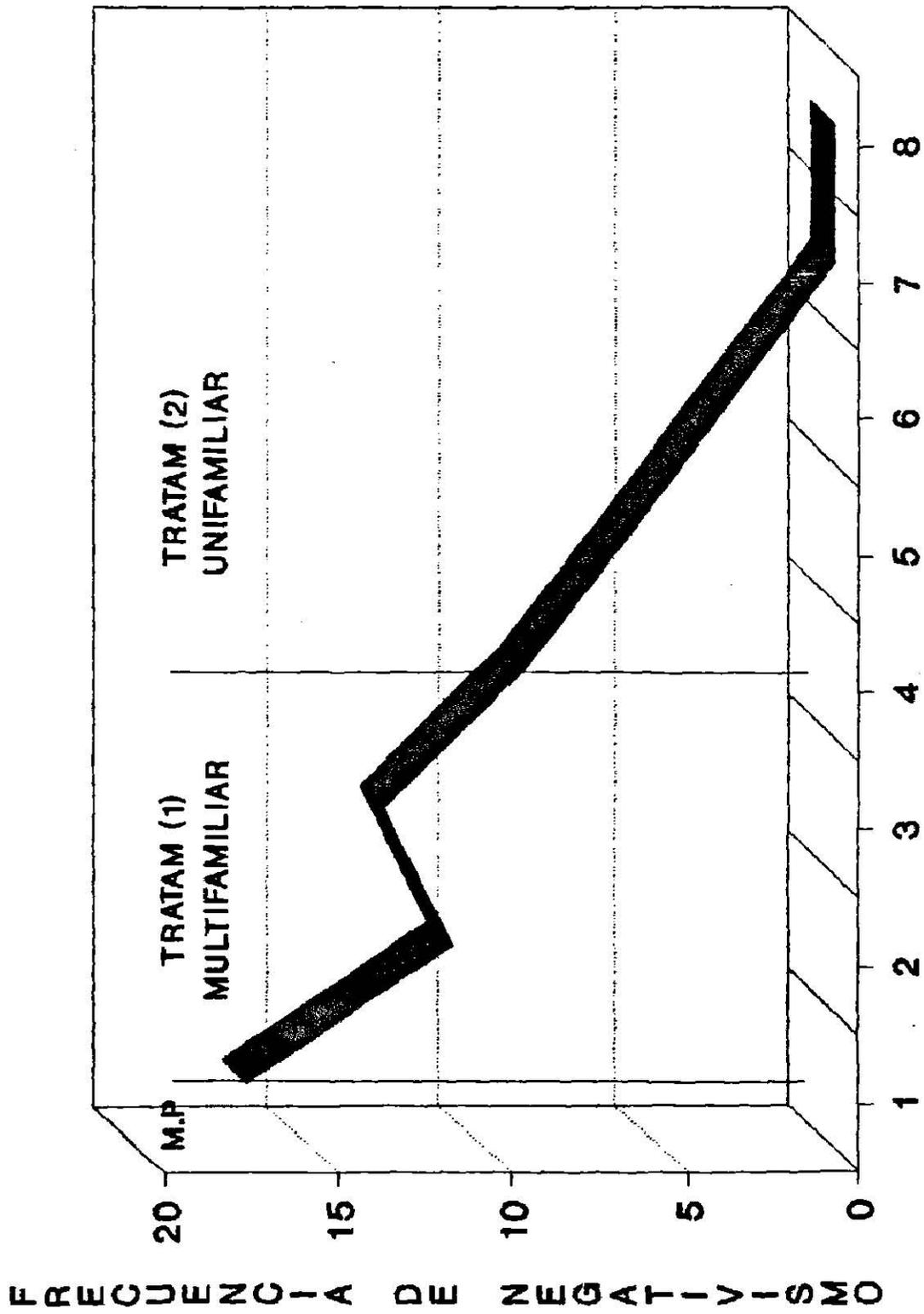


FIGURA # 23 FRECUENCIA DE NEGATIVISMO POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 5

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

FRECUENCIA DE NEGATIVISMO

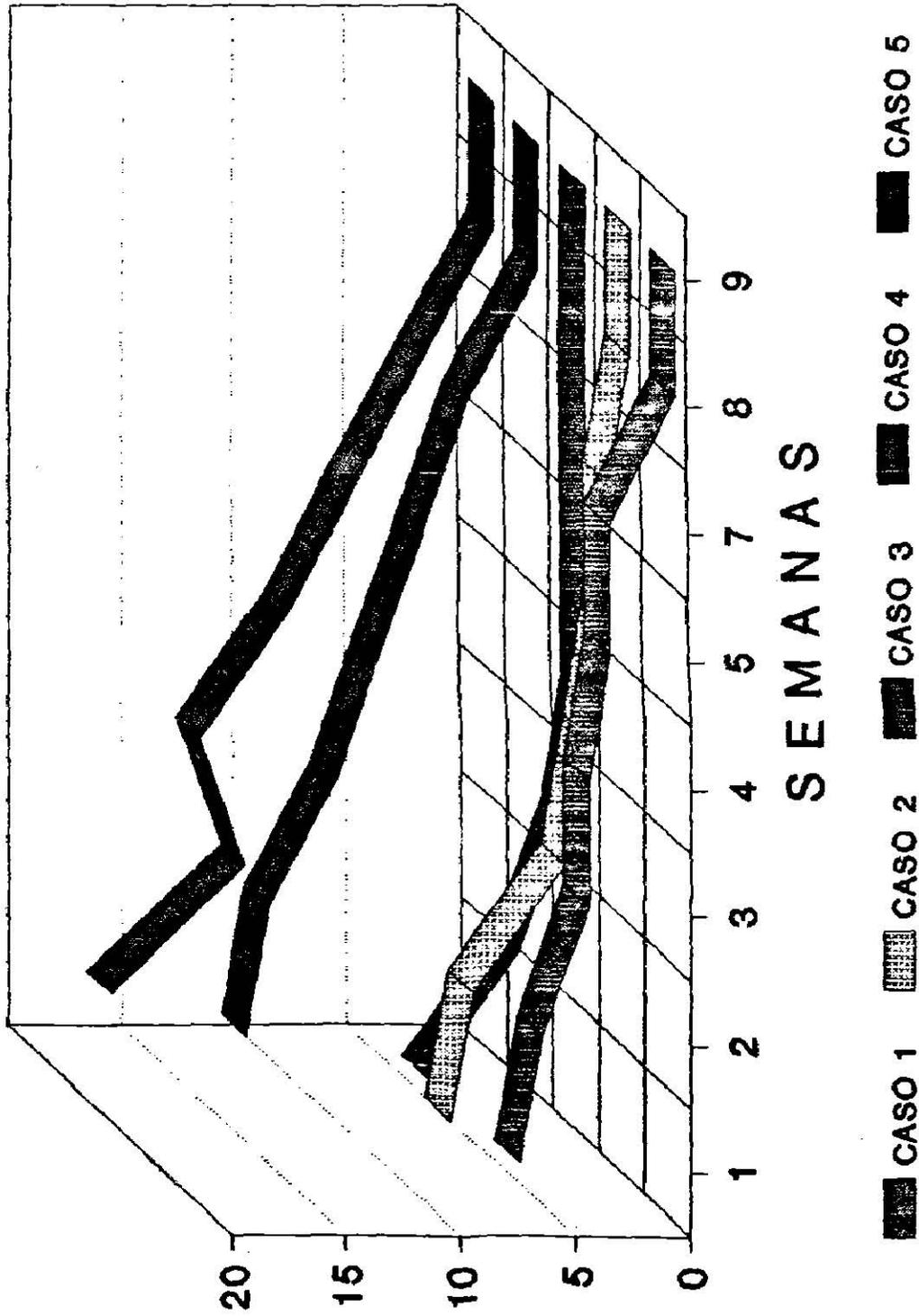


Fig.24# FRECUENCIA DE NEGATIVISMO POR SEMANA, PRESENTADA POR LOS CASOS DEL 1 al 5

CHUPADO DEL PULGAR:

Fase de Detección:

Se presentaron un total de seis casos de niños chupadores de pulgar, cuatro de sexo masculino y dos sexo femenino. De los cuales cuatro fueron dados de alta y dos de baja.

Así mismo el cuadro cuatro muestra, el resumen del análisis de secuencia global respecto a las condiciones previas y posteriores a la aparición de la conducta que presentaron los infantes (según reportes verbales de los padres). Cinco de los casos presentaron exigencia de atención como condiciones previas a la conducta y solo un caso aprendizaje por imitación; así mismo cuatro infantes presentaron enfermedades digestivas, cinco de ellos deformaciones dentales y cuatro infecciones en la piel como condiciones posteriores.

CUADRO # 5

*Condiciones previas y posteriores a la aparición de conducta chupado del pulgar, presentadas por infantes en la Clínica Nova
A.C. Monterrey N.L. 1990.*

	CONDICIONES PREVIAS		CONDICIONES POSTERIORES		
	EXIG. DE AT'N	APR. POR IMITA	ENF. DIGES	PROB. CON DIENTES	INFECCIONES EN LA PIEL
NUMERO TOTAL DE CASOS	5	1	4	5	4

FUENTE: Investigación Directa.

Fase de Intervención:

En la fase de Intervención se encontró que, el sujeto uno inició con una frecuencia de treinta y cuatro durante la fase de medida previa (m.p), misma que disminuyó a diecisiete durante la fase de tratamiento multifamiliar, para posteriormente lograr reducir su conducta a cero a partir de la tercer semana de la fase de tratamiento unifamiliar;(ver figura 25), en el sujeto dos se presentó una frecuencia inicial de trece durante la fase de medida previa, la cual disminuyó rápidamente a cero a partir de la cuarta semana de tratamiento multifamiliar, manteniendose así, hasta el final del tratamiento unifamiliar;(ver figura 26), para el sujeto tres la frecuencia fue de once al iniciar la fase de medida previa, la cual disminuyó hasta cinco durante el tratamiento multifamiliar y a cero a partir de la primer semana del tratamiento unifamiliar.(Ver figura 27). Por último el sujeto cuatro inició con una frecuencia de nueve durante la primer fase (M.P), la cual disminuyó a cuatro durante la fase de tratamiento multifamiliar y finalmente a cero a partir de la segunda semana del tratamiento unifamiliar. (Ver fig.28).

La figura 29, muestra el total de casos con chupado del pulgar y la frecuencia observada por semana.

Dos casos fueron dados de baja por motivos de salud segun reportes verbales de los padres.

**FRECUENCIA OBSERVADA DURANTE LA
FASE DE MEDIDA PREVIA Y FASES DE
TRATAMIENTO, EN LOS INFANTES
CHUPADORES DE PULGAR, DADOS DE ALTA
EN LA CLINICA NOVA A.C.
MONTEREY.N.L. 1990**

CASO 1

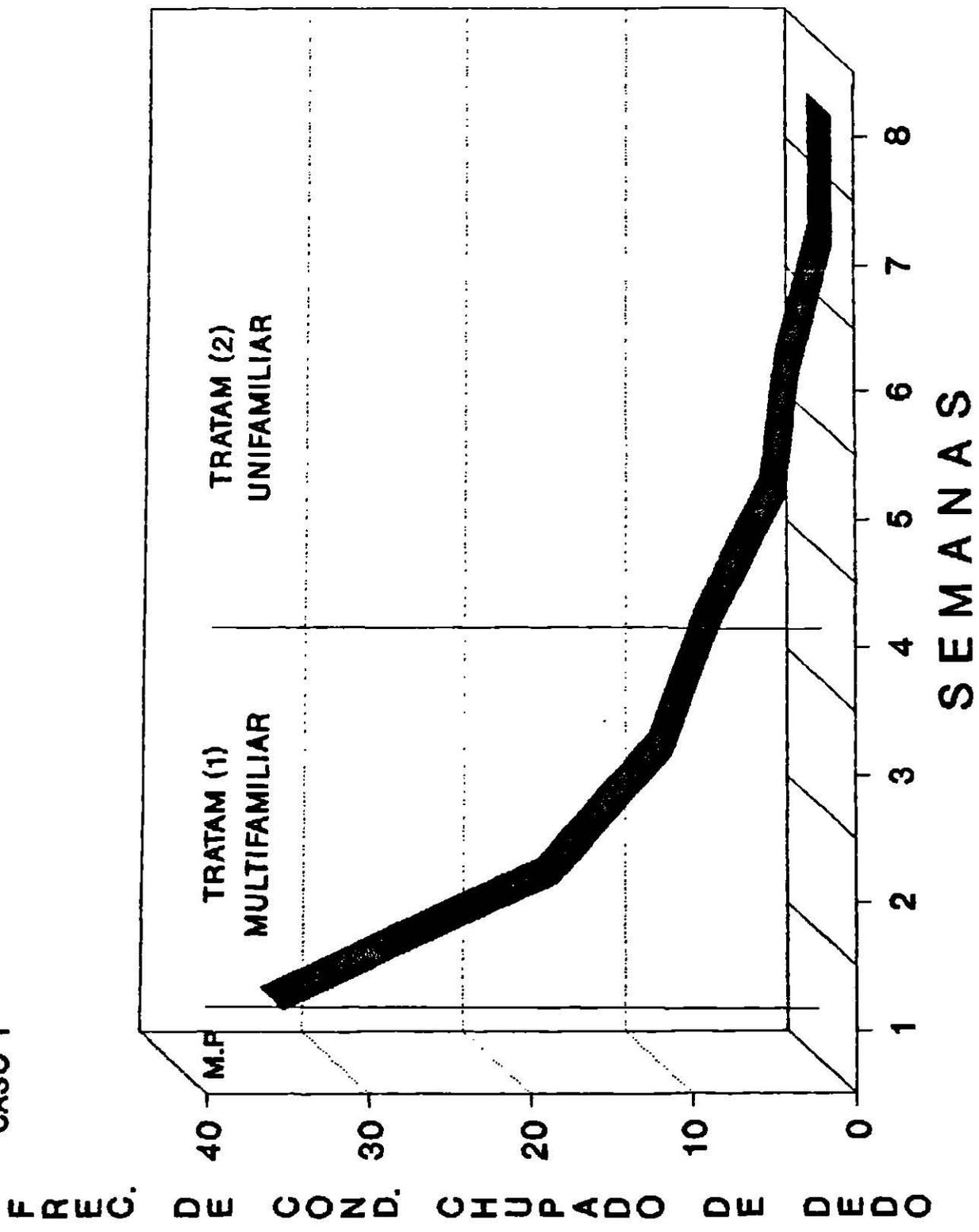


FIGURA # 25 FRECUENCIA DE CHUPADO DEL PULGAR POR SEMANA, PRESENTADA POR EL

CASO 1. FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 2

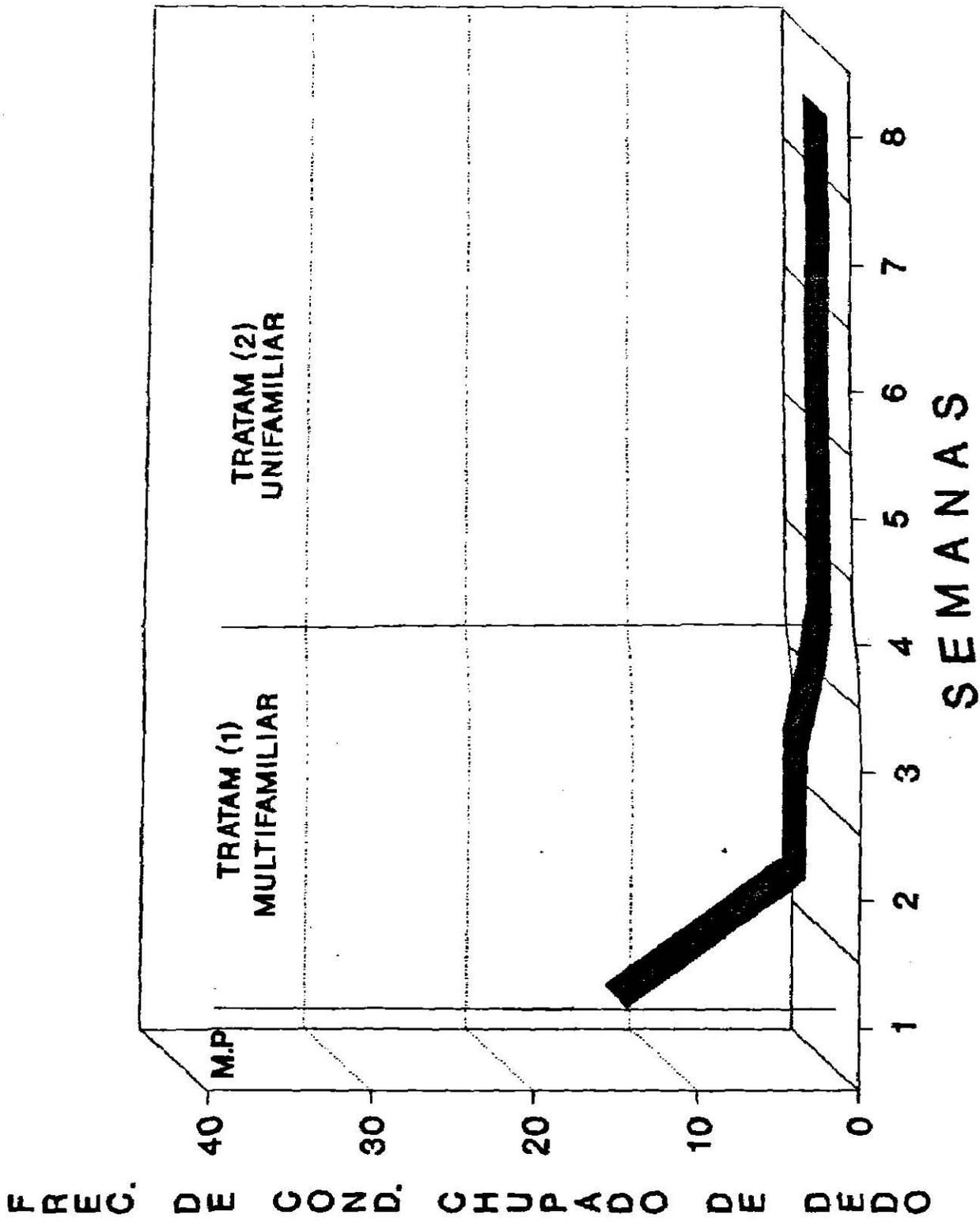


FIGURA # 26 FRECUENCIA DE CHUPADO DEL PULGAR POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 2. FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 3

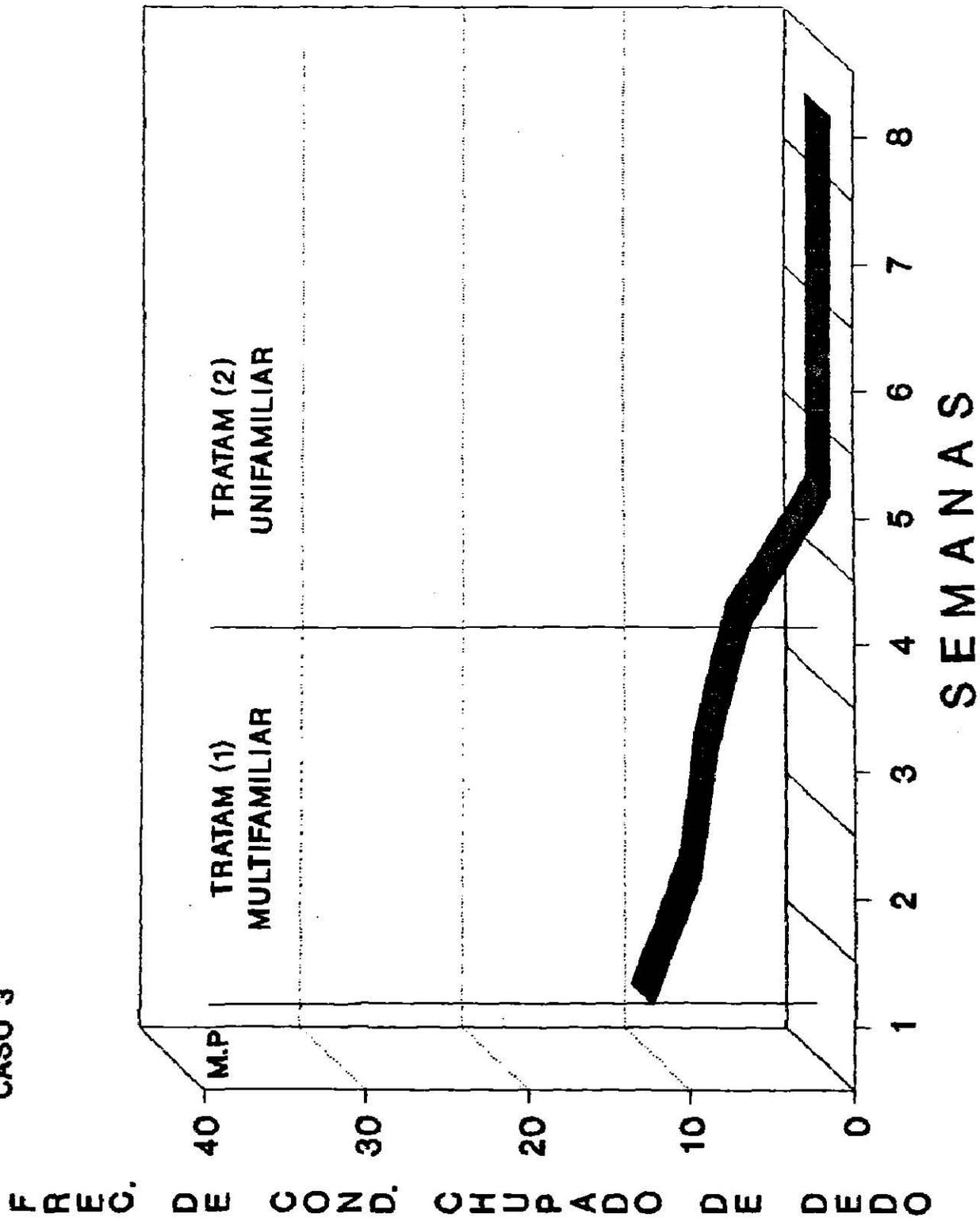


FIGURA # 27 FRECUENCIA OBSERVADA EN EL CASO 3 DE CHUPADO DE PULGAR POR SEMANA. FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 4

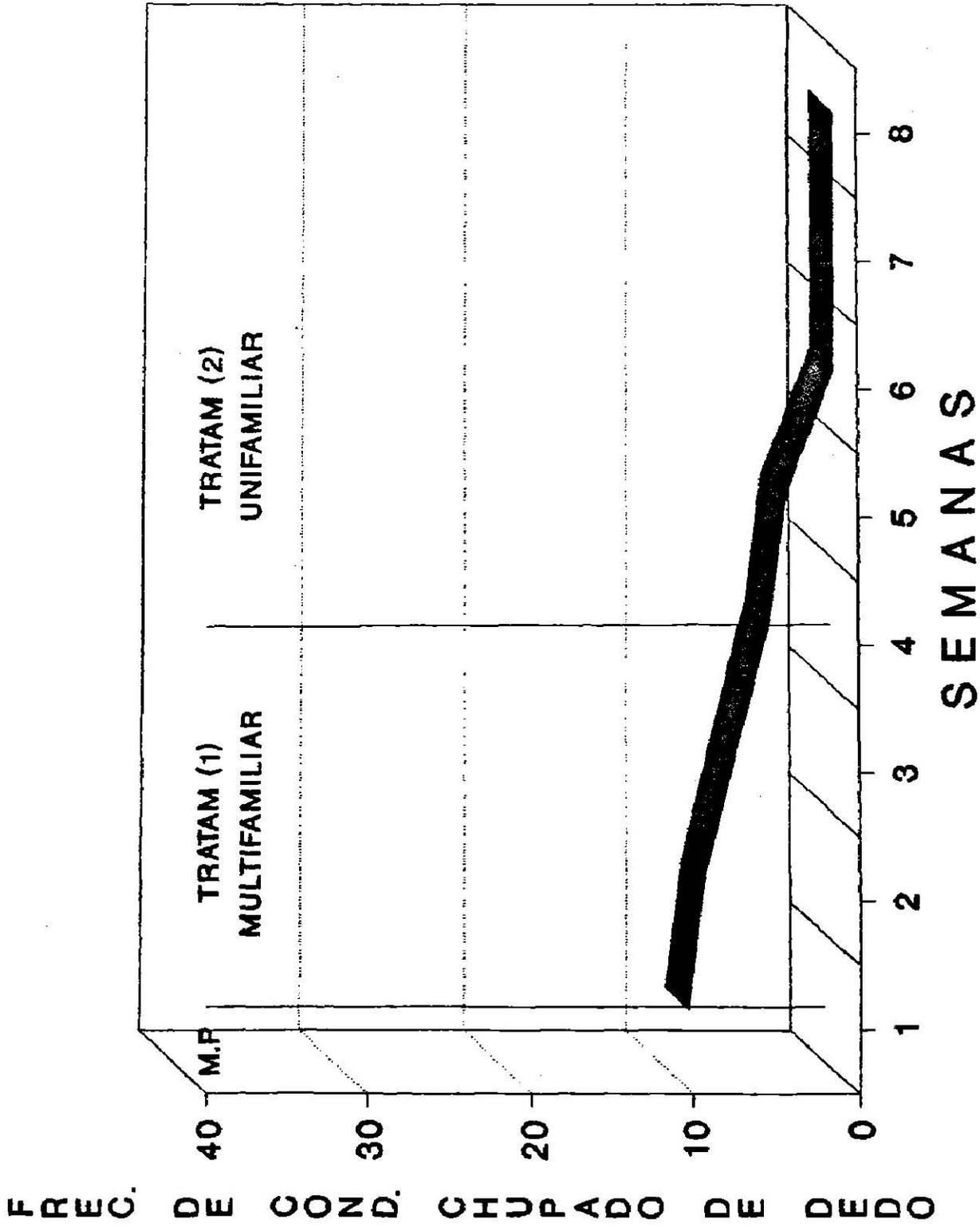


FIGURA # 28 FRECUENCIA DE CHUPADO DEL PULGAR POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 4

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

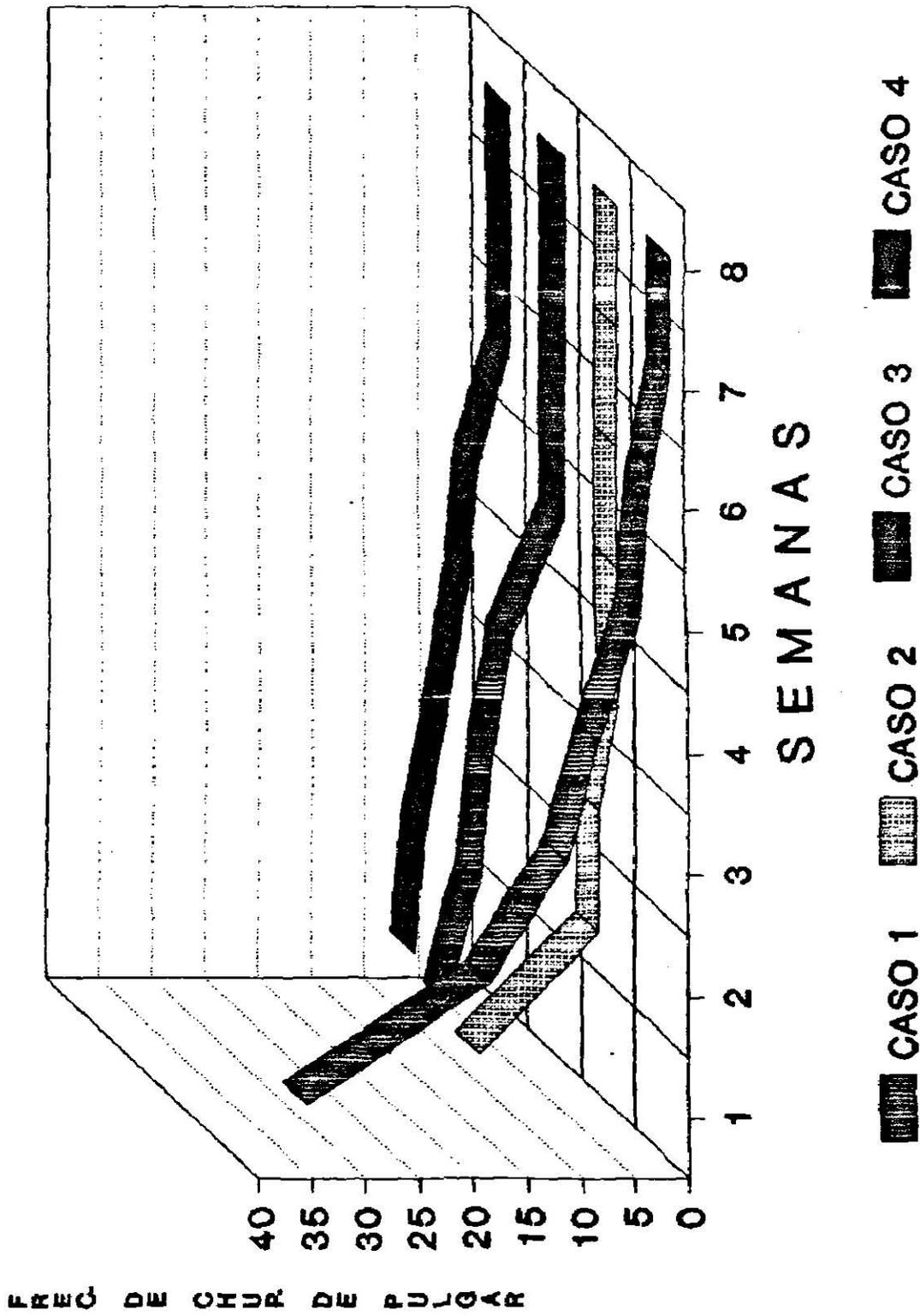


FIG.27 FRECUENCIA TOTAL DE CASOS CHUIPADORES DE PULGAR.

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

FOBIA:

Fase de Detección:

Se presentaron un total de cinco casos de fobia simple, cuatro de sexo masculino y uno de sexo femenino, los cuales fueron dados de alta.

El cuadro cinco muestra, el total de casos de infantes y la clasificación de fobia simple presentados por estos.

CUADRO # 6

SUJETOS CON FOBIA	TIPOS DE FOBIAS ENCONTRADAS ESCOLAR-ESTAR SOLO	
5	2	3

FUENTE: *Investigación Directa*

**FRECUENCIA OBSERVADA
DURANTE LA FASE DE MEDIDA
PREVIA Y FASES DE
TRATAMIENTO EN INFANTES
CON FOBIA SIMPLE DADOS DE
ALTA EN LA CLINICA NOVA, A.C.
MONTERREY, N.L. 1990**

CASO 1

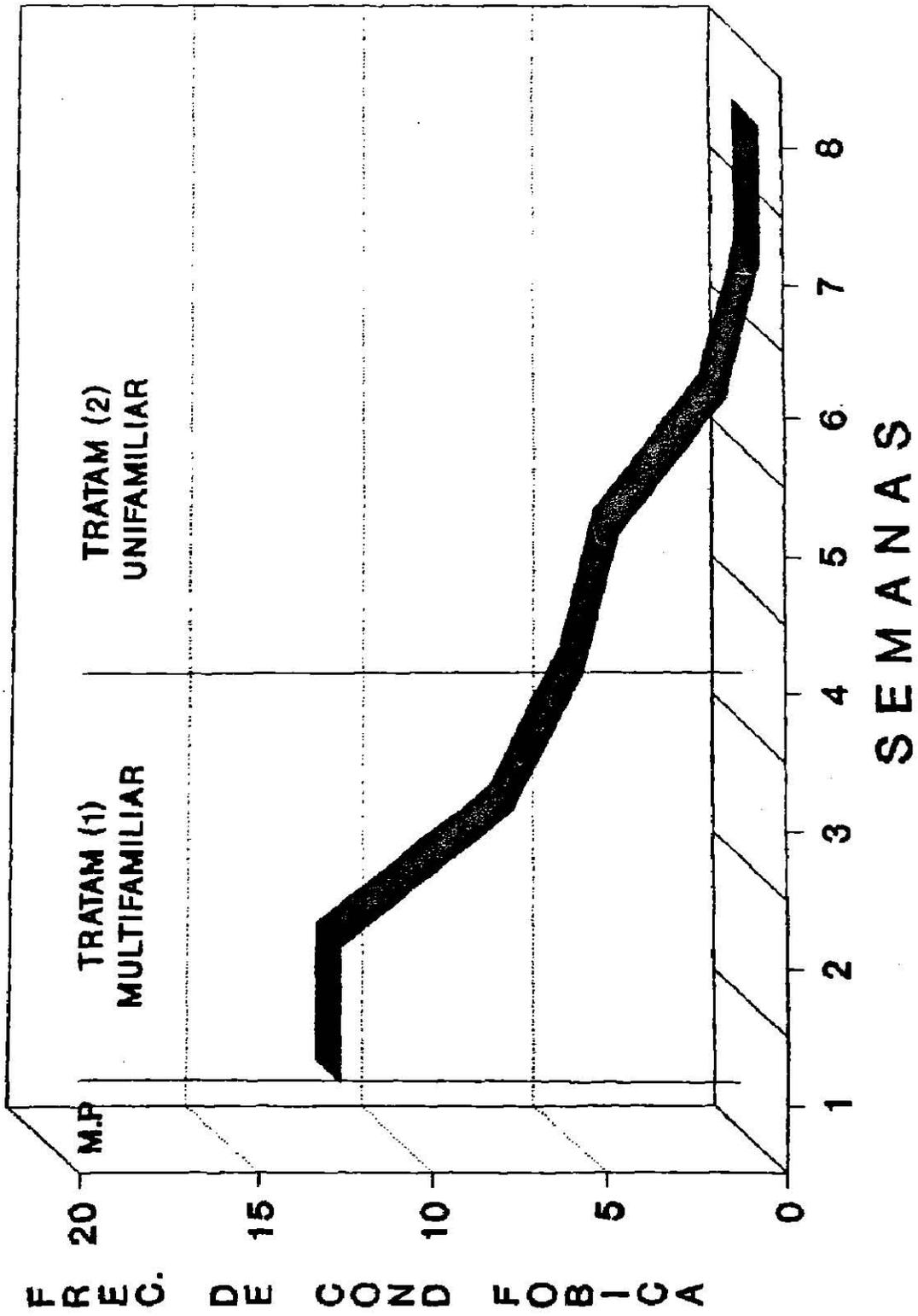


FIGURA # 30 FRECUENCIA DE CONDUCTA FOBICA POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 1

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 2

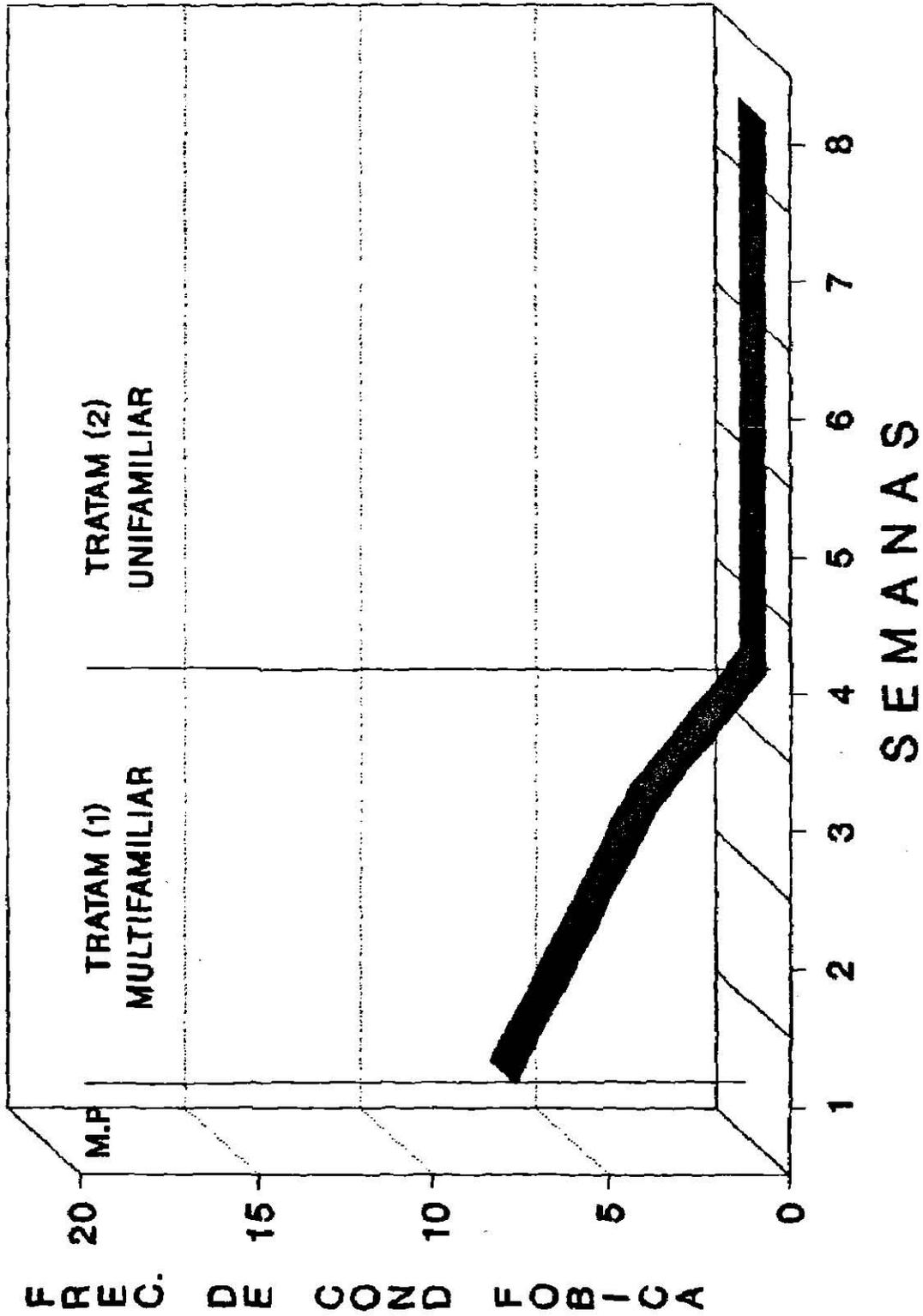


FIGURA # 31 FRECUENCIA DE CONDUCTA FOBICA POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 2

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

CASO 3

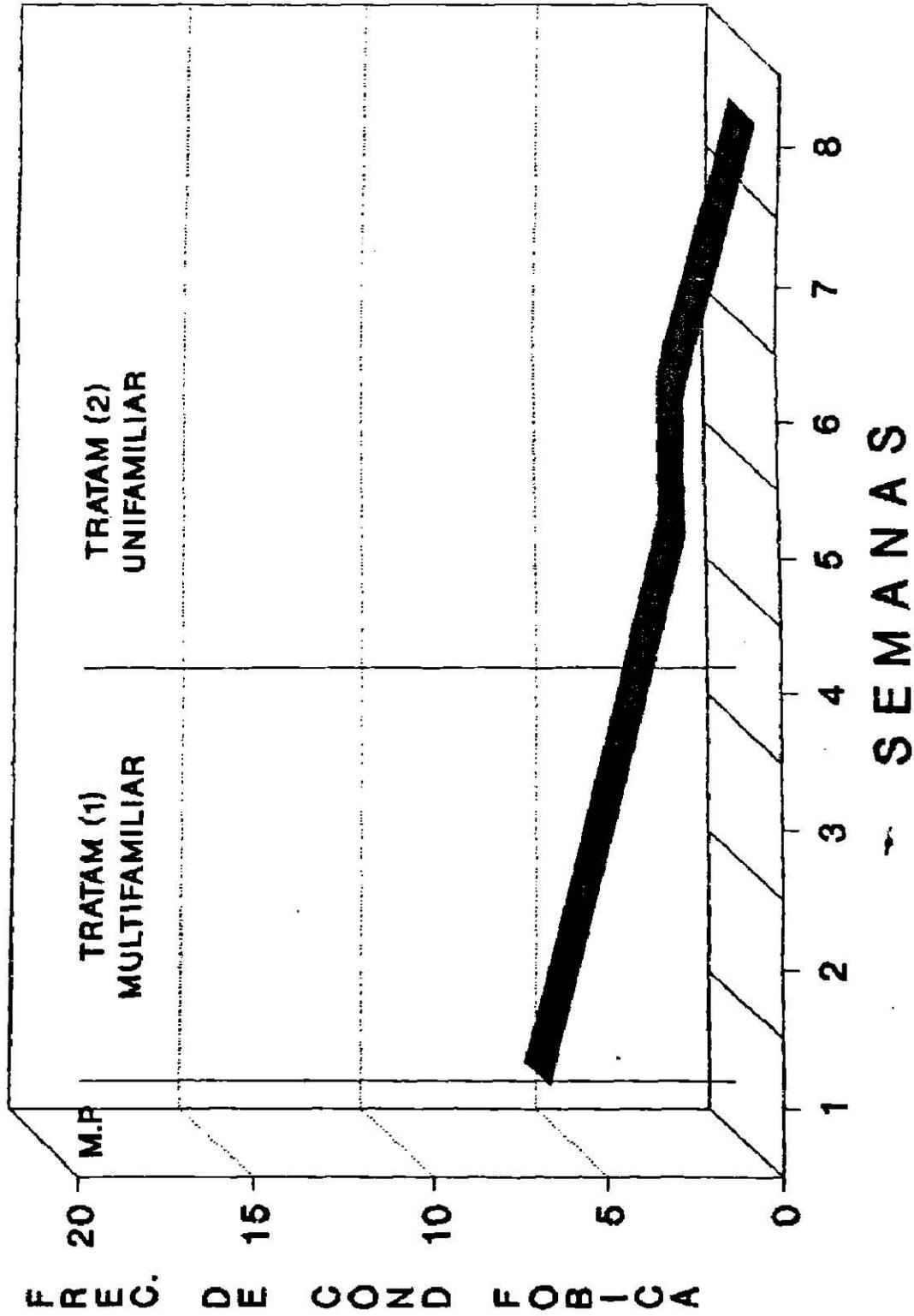


FIGURA # 32 FRECUENCIA DE CONDUCTA FOBICA POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 3

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CASO 4

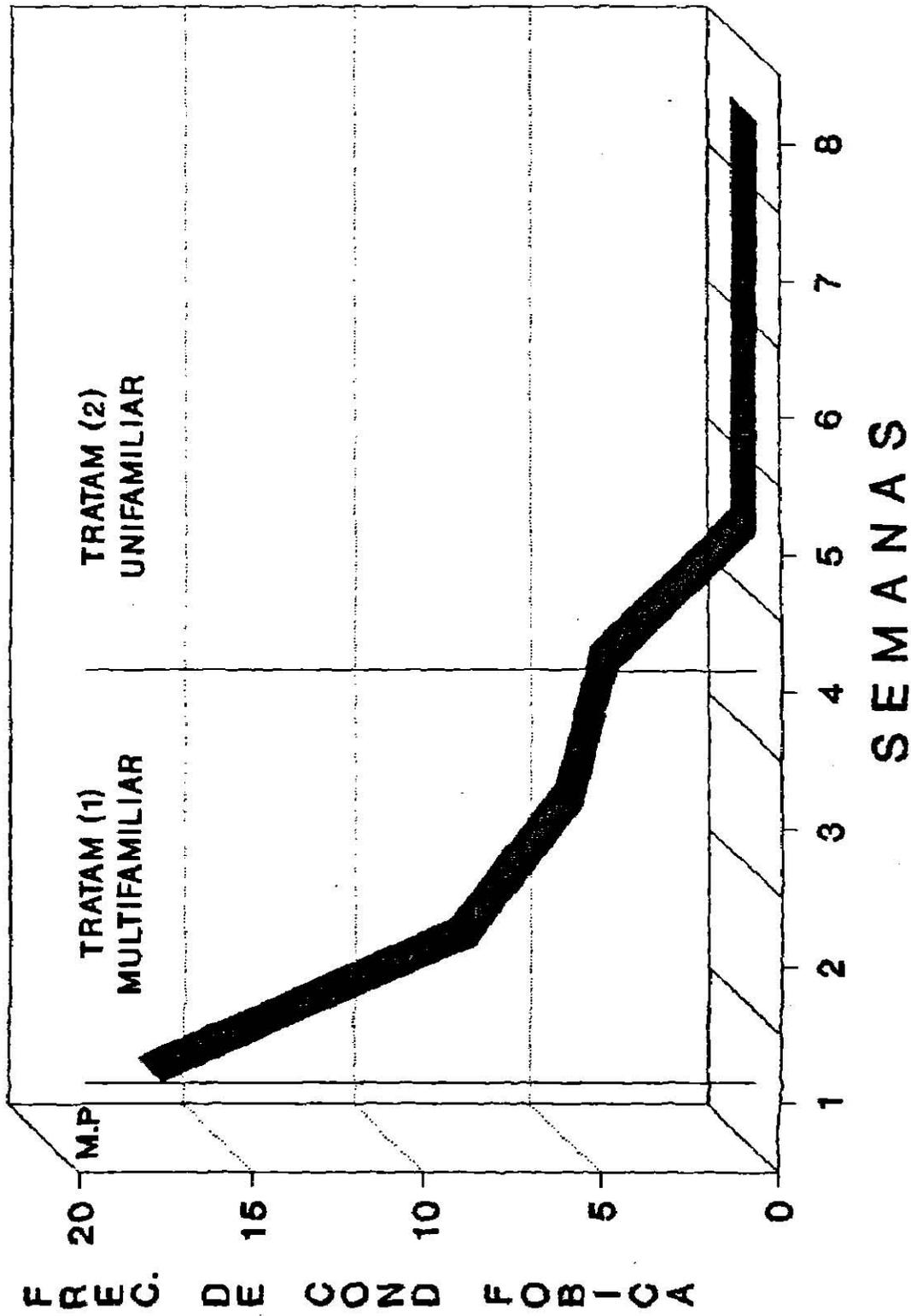


FIGURA # 33 FRECUENCIA DE CONDUCTA FOBICA POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 4
FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA.

CASO 6

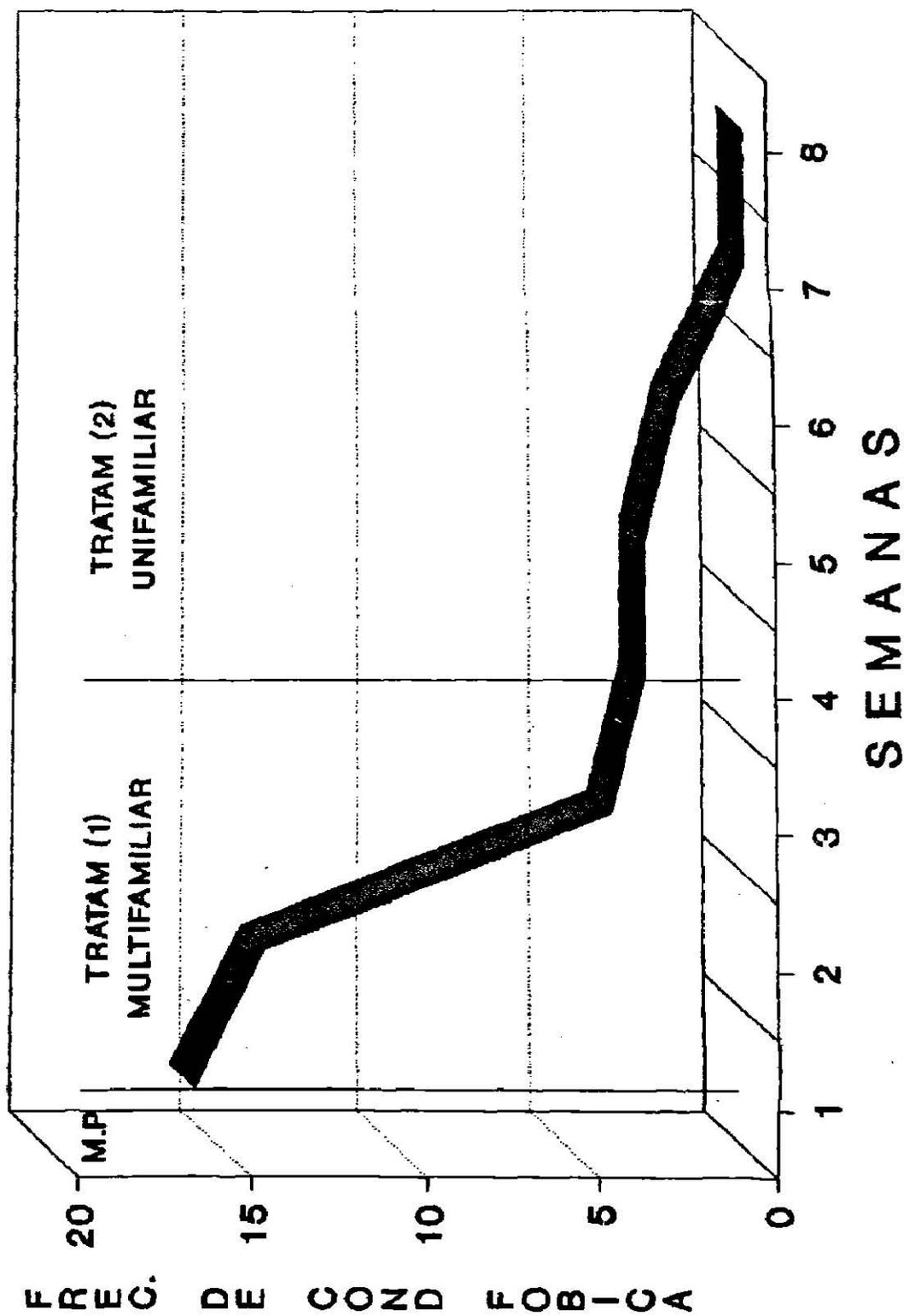


FIGURA # 34 FRECUENCIA DE CONDUCTA FOBICA POR SEMANA, PRESENTADA POR EL CASO 5

FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

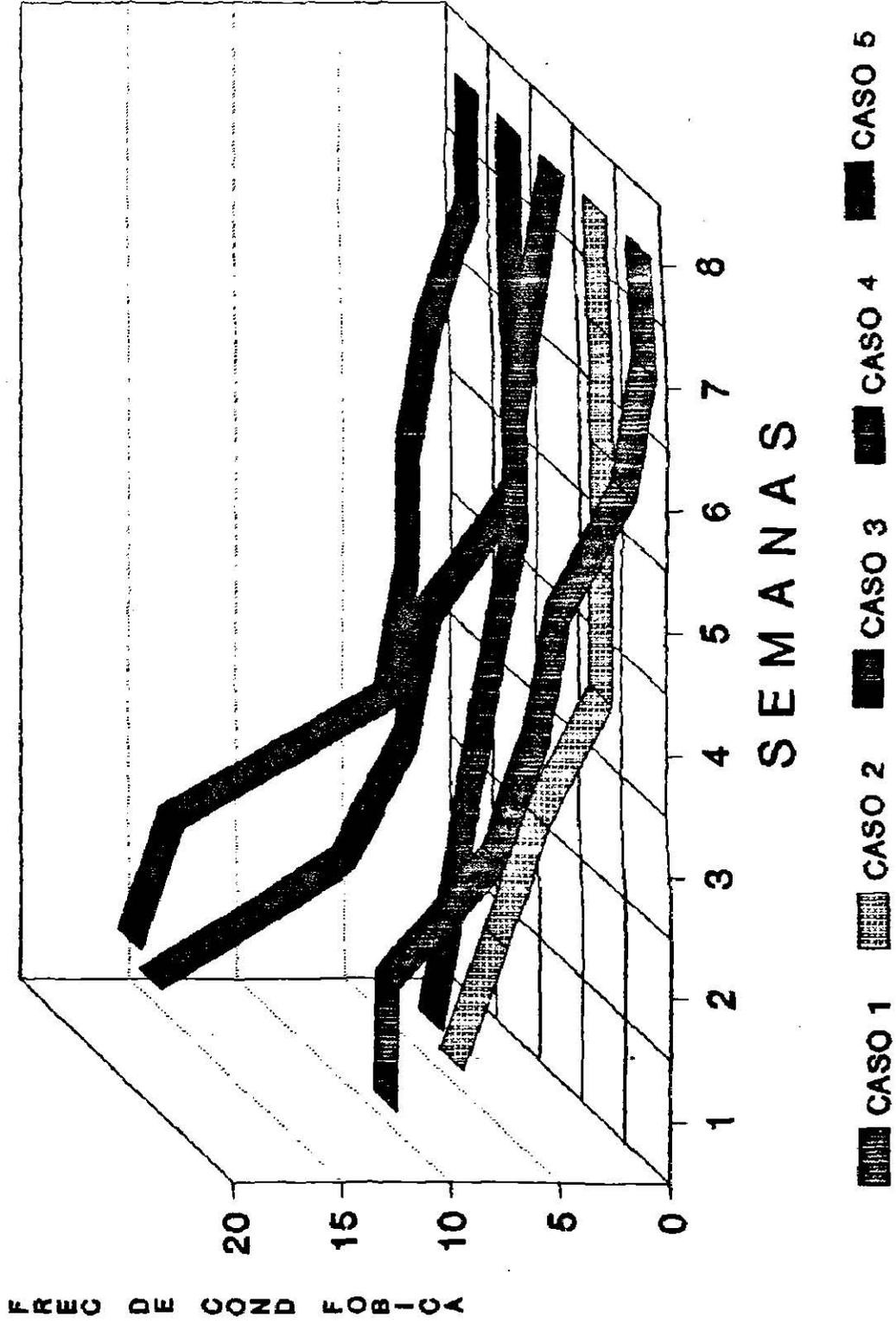


Fig. 35 FRECUENCIA TOTAL DE CASOS CON CONDUCTA FOBICA POR SEMANA.
 FUENTE: INVESTIGACION DIRECTA

Por lo tanto, podemos asumir, en base a lo anterior, que de los 36 casos tratados a través de las Terapias Multifamiliar y Unifamiliar, 25 fueron dados de alta, 7 de baja y 4 fueron canalizados a otro tipo de tratamiento. (Ver cuadro 6).

CUADRO # 6

Resultados finales obtenidos en las terapias, en cada uno de los trastornos presentados por los infantes.
Clínica Nova, A.C. Monterrey, N.L. 1990.

TRASTORNOS	TOTAL DE CASOS	ALTAS	BAJAS	CANALIZADOS
ENURESIS	11	5	4	2
BERRINCHE	8	7	0	1
NEGATIVISMO	6	5	1	0
CH. PULGAR	6	3	2	1
FOBIAS	5	5	0	0
TOTAL	36	25	7	4

FUENTE: Investigación Directa

EL VALOR CALCULADO DE LA X^2 (21.49), ES MAYOR QUE EL DE LA TABLA (9.210). CON UN NIVEL DE SIGNIFICANCIA DE $P < 0.01$ (PROBABILIDAD DE ERROR).

DISCUSION

Enuresis:

Los cursos impartidos a padres en la Clínica Nova A.C., sobre el manejo de conductas problema, fueron llevados a cabo por vez primera en esta institución, para obtener un panorama conductual actual, con respecto a la solución de trastornos infantiles.

Aun y cuando la muestra no se puede considerar estadísticamente representativa de la población, los resultados arrojan datos interesantes en función de las conductas que presentaron los infantes. En este caso la enuresis nocturna es el tipo de enuresis que aparece con mayor frecuencia en los niños. Además cabe señalar que la relación familiar y el stress psicosocial, podrían estar jugando un papel importante en la aparición y mantenimiento de este trastorno como lo mencionan Coleman, Butcher y Carson (1980); pues según reportes verbales de los padres, éstos observaron tensión en sus hijos a través de conductas tales como morderse las uñas, llanto al mostrar la conducta enurética y miedo a dormirse por temor a orinarse etc. Esto podría deberse a la reacción de los padres ante esta problemática, pues éstos se mostraban preocupados y desesperados al no lograr eliminar la conducta, amenazando a sus hijos si no dejaban de orinarse, situación que origina un círculo familiar vicioso, en el cual se pudo mantener el trastorno como consecuencia de la tensión y amenaza evidente de los padres. Así mismo, los padres pueden mostrar con mayor frecuencia estas conductas de preocupación y desesperanza como consecuencia del trastorno. Además los padres pueden actuar ante sus hijos de una manera muy severa, en la enseñanza de esfínter vesical, tempranamente a su maduración fisiológica, obteniendo con esto la presentación del trastorno enurético, tal como lo menciona Barton D y Schmitt M.D. (1987).

Al igual que Aubrey J Yates. (1979), para el tratamiento de este trastorno se utilizaron el reforzamiento social, el horario nocturno establecido por el padre para levantar a orinar al infante y la técnica de entrenamiento diurno directo, con lo cual se obtuvieron los resultados esperados: Disminución y eliminación de la ocurrencia de la conducta en un período breve.

Esto puede resultar atractivo para padres de familia, con hijos que presentan este trastorno y para las autoridades de salud, sobre todo si consideramos que estos resultados difícilmente son obtenidos en consultas regulares en la Clínica Nova A.C.

No obstante, que no se tuvo el tiempo necesario para llevar a cabo estos cursos a una mayor población, hace reflexionar acerca de la importancia de llevar a cabo futuras investigaciones, con poblaciones más grandes y representativas que pudieran ampliar la información encontrada durante el presente estudio, generalizándolo además a otras instituciones de salud.

Berrinches y Negativismo:

Los berrinches y el negativismo, son trastornos que presentan los niños con mayor frecuencia en esta clínica, según reportes de los pediatras. En la presente investigación se pudo constatar, que la conducta de los padres hacia sus hijos, juega un papel sumamente importante en la aparición y mantenimiento de estos trastornos. Además como lo muestran los resultados, en ocasiones los infantes buscan la atención de sus padres y al no recibirla manifiestan su descontento a través de berrinches o negativismo, esto concuerda con la opinión de McDowell (1980), e Iwata, y cols (1982), citados por Barton (1987), los cuales mencionan que los niños aprenden a emitir problemas de comportamiento en respuesta a bajos niveles de atención que dan los adultos.

Sin embargo, se ha observado, en acuerdo con la opinión de Patterson (1982), citado por Lyons (1988), que atención excesiva dada a estos, puede ser causa de la aparición y mantenimiento de estas conductas en los infantes, y esto ha sido visto que sucede con mucha frecuencia en la relación familiar padre-infante.

No obstante cuando los padres no son capaces de lograr eliminar estos trastornos en sus hijos, frecuentemente recurren al maltrato a través de golpes, esto concuerda con los estudios realizados por Barton D y Schmitt M.D. (1987), los cuales mencionan que la mayoría de estos comportamientos no están bajo el control del niño y estos actos pueden empujar hacia episodios abusivos. Por lo tanto, en el tratamiento de estos trastornos se aplicaron técnicas con dos alternativas: castigo y extinción por una parte y reforzamiento positivo por la otra.

Entre las técnicas que involucraron castigo se pueden mencionar tiempo fuera, castigo positivo y castigo negativo, teniendo mayor aceptación el tiempo fuera y la técnica de extinción, de ahí que Doherty y Branther (1983), hayan mencionado que dichas técnicas están entre las intervenciones usadas más ampliamente para reducir el comportamiento de adaptación inadecuada.

Sin embargo, las técnicas de Reforzamiento, resultaron muy aceptables, estas incluyeron: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, la técnica de comunicación funcional, utilizada por Mark Durand (1989) y reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO). De esta manera se logró que el rol del niño, llegara a ser el de un participante activo, en lugar de un receptor pasivo.

Chupado del Pulgar:

Las condiciones previas observadas, en los niños chupadores de pulgar, como lo son exigencia de atención y aprendizaje por imitación, concuerdan con la aportación de Friman (1988), Reid y Price (1984), los cuales argumentan que el chupado del pulgar, puede ser un contexto de intercambios aversivos con los padres cuando los intentos por suprimir el comportamiento son inefectivos. Es así, que para el tratamiento de este trastorno, se aplicaron además de los procedimientos de manejo utilizados por los padres como son, el uso de cubre dedos mencionado por Lewis, Shilton y Fugua (1981), guantes de hule y la aplicación de sustancias de sabor desagradable. Las técnicas de extinción, utilizadas por Baer (1962), reforzamiento diferencial de otras conductas, tal como lo manejó Rolider (1984) y la técnica de reversión del hábito.(Azrin, Nunn y Cols. 1980), obteniendo con esto el decremento de la conducta.

Resulta interesante mencionar además, que el comportamiento de los padres, sirve como estímulo para que se presente esta conducta, por lo tanto se dió orientación a los padres, no solo en el manejo del comportamiento de su hijo, sino también acerca de su propio comportamiento.

Fobia:

Se presentaron dos tipos de fobia específica, éstas fueron: la fobia a estar solo y la fobia escolar, obteniendo como dato importante que en los cinco infantes, la causa más probable pudo deberse a la historia de reforzamiento social aplicada al niño. Dicha teoría menciona que los padres, sirven al niño como estímulo reforzante cuando sienten temor y posteriormente es difícil separarse de ellos, por lo tanto estos se muestran alterados, al ser enfrentados a la situación que ocasiona ansiedad (Berg y Nichols, 1969). Se puede afirmar que el rol de los padres en la eliminación de esta conducta, podría ser base fundamental para proporcionar a los infantes seguridad y confianza.

Para tales fines, se utilizaron procedimientos de condicionamiento operante, a través del juego, mencionada por Patterson, Lazarus y Cols (1965), así como la técnica de exposición empleada por Marshall y Cols (1979), reforzadores positivos y la técnica de modelamiento en terapia de conducta utilizada por Bandura (1971). De esta manera se logró eliminar la fobia presentada por cinco infantes.

CONCLUSIONES

Por lo anterior, se ha llegado a la conclusión de que los padres como base medular de la familia, juegan un papel sumamente importante en el mantenimiento de la relación positiva paterno-filial. Hoy día es necesario desarrollar programas que beneficien a un mayor número de personas, aprovechando los recursos humanos disponibles para reducir tiempo y costo, a través de la enseñanza de programas terapéuticos y preventivos para que estos más tarde puedan ser generalizados a otras situaciones del medio social, sean estas instituciones clínicas, escuelas o centros de desarrollo.

Además resultaría sumamente benéfico, incluir el apoyo de una estancia infantil, al llevar a cabo estos cursos, debido a que esto fue visto como un inconveniente de peso para los padres al asistir a los cursos. Con esto, se trataría de evitar una de las principales causas de deserción, además especialistas en infantes, trabajarían al mismo tiempo con estos niños para aprovechar el tiempo y facilitar el proceso de terapia.

No obstante, la solución de problemas psicológicos a nivel de esta institución clínica, aplicada a grupos de padres a través de estos tipos de tratamientos resultó satisfactoria, pese a que la muestra estudiada, no tuvo un riguroso control de variables. Sin embargo, se logró descubrir nuevas herramientas para dar solución a la problemática de un número mayor de pacientes en menor tiempo y con un menor costo. Es conveniente realizar investigación adicional para complementar el presente estudio, considerando la exclusión de variables extrañas que pudieron haber estado presentes. Para así de esta manera, abrir la posibilidad de desarrollar un nuevo sistema de tratamiento, que pueda ser ofrecido a los pacientes, con el fin de evitar mantener un remanente de problemas al cual, no se dá solución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguilar, K.E. (1980). Padres Positivos. México. Ed.Trillas.*
- Ajuriaguerra J,D.M. (1984). Manual de Psicopatología del Niño. Barcelona. Ed.Masson.*
- Alcaraz, .M. (1985). Modificación de Conducta. (El Condicionamiento de los Sistemas Internos).México. Ed. Trillas.*
- A.P.A. (1984). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III-R). México. Ed.Masson.*
- Arellano J. (1957). El Fundamento Psicológico de la Familia. México. Ed. Universitaria.*
- Barton D and Schmitt,M.D. (1987). Seven Deadly Sins of Childhood: Advising Parents About Difficult Developmental Phases.*Child Abuse and Neglect*, 11, 421-432.*
- Bijou, S.B. (1979). Modificación de Conducta. (Aplicaciones Sociales). México. Ed. Trillas.*

Bijou, S.B. (1985). Psicología del Desarrollo Infantil. México. Ed. Trillas.

Bijou. S.R. (1983). Modificación de Conducta. (Problemas y Extenciones) México. Ed. Trillas.

Bozet, F.W. (1985). Male Development and Fathering Throughout the Life Throughout the Life Cycle. American Behavioral Scientist, 29, 41-52.

Bricklin, P. (1981). Padres Liberales, Hijos Liberados. México. Ed. Pax-México.

Budman, S.H., Demby A, et.al (1988). Comparative Outcome in Time-Limited in Time-Limited Individual and Group Psychotherapy. Journal Group Psychother, 38 (1), 63-85.

Cáceres. J. (1982). Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama. España. Ed. Veintiuno.

Christensen y Matthew R. (1987). Habit Reversal and Differential Reinforcement of other behaviour in the treatment of thumb-sucking: An analisis of generalization and side-effects. Pergamon Journal Ltd, 28, 281-295.

Castro L. (1975). Diseño Experimental sin Estadística. México. Ed. Trillas.

Craig J.R. y Metze L. Métodos de Investigación Psicológica. (1982). México. Ed, Trillas,

- Fayad. C. (1979). Estadística Médica y de Salud Pública. Venezuela. Ed. Venográfica
- Friman. P. (1988). Eliminating chronic thumb-sucking by preventing acovaring response. J. Behav. Ther and Exp. Psychiat, 19, 301-304.
- Gazda, G.M. (1986). Discussion of "When to Recommend Group Treatment: a review of the clinical and research literature". Journal Group Psychother, 36, 203-206-
- Gessell, A. (1985). El Niño de Uno a Diez años de edad. México. Ed. Paidós.
- G. Edward y Durand M. (1985). Reducing Behavior problems through functiona communication trainig. Journal ofapplie dbehavior analysis, 18,111-126.
- Herbert. M. (1983). Trastornos de Conducta en la Infancia y la Adolescencia. España. Ed. Paidós.
- Hill.C.E. (1990). Is Individual Therapy Process Really Different From Group Therapy Process?. The Counseling Psychologist, 18, 126-130.
- Honig. W.K. (1976). Conducta Operante (investigaciones y aplicaciones) México. Ed. Trillas.

- Knell. S.M. and Moore, D.J. (1988). *Childhood Trichotillomania treated indirectly by punishing thumb sucking.* J. Behav. Ther and Exp Psychiat, 19, 305-310
- Lansky. V. (1989). Las mejores sugerencias prácticas para los Padres. México. Ed. Trillas.
- Linton. M. (1978). Manual Simplificado de Estilo. México. Ed. Trillas.
- Luciano C. (1988). *A Systematic Replication of response prevention to eliminate nocturnal Thumbsucking.* Child and Family Behaviour Therapy, 10, 69-75.
- Lyons. J. Muckley A. et.al. (1988). *Treating the Problem Child: Issues, Methods, and practice.* Child and Family Behavior Therapy, 81-83.
- Mace, F. CH. and Heller, M. (1990). *A Comparison of Exclusion Time-Out and Contingent Observation for Reducing Severe Disruptive Behavior in a 7 year-old Boy.* Child and Family Behavior Therapy, 12 (1), 57-67.
- Mayory Labrador (1984). Manual de Modificación de Conducta. España. Ed. Alhambra. S.A.
- Miltenberger R. and Wayne Fugua R. (1985). J.Behav. Therap and Exp Psychiat, 16, 195-200.
- Muriel. J. (1979). ¿Qué hacemos con ellos ahora que los tenemos?. México. Ed.Fondo Educativo Interamericano. S.A.

Newman y Newman (1989). Desarrollo del Niño. México. Ed. Limusa.

Nieto. M. (1987). ¿Porqué hay niños que no aprenden ?. México. Ed. La Prensa Médica Mexicana.

Osborn. E.L. (1986). Efects of Participant Modeling and Desensitization on Childhood warm water phobia. J. Behav. Ther and Exp. Psychiat, 17, 117-119

Peusner.R. (1982). Up Parent Training Versus Individual Family Therapy: An outcome study. Therap and Exp. Psychiat, 13, 119-122.

Pfiffner.L.J., Jouriles et.al. (1990). Effects of Problem-Solving Theraphy on Outcomes of Parent Training for Single-Parent Families. Child and Behavior Therapy, 12(1), 1-9.

Pichot. P et.al. (1988). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España. Ed. Masson.S.A.

Pillay. A.L. y Col (1989). Secondary Enuresis in institutionalized conduct-disordered children. Psychological Reports, 64, 624-626.

Pineda. F. et.al. (1987). Modificación de Conductas Problema en el Niño (Programa de Entrenamiento para Padres). México. Ed. Trillas.

Ribes. I. (1984). Técnicas de Modificación de Conducta. México. Ed. Trillas.

Rickert. V.I. et.al. (1988). Training Parents to Become Better Behavior Managers. Behavior Modification, 12, 475-496.

- Rinn, R.C. y Markle, A. (1986). Paternalidad Positiva. México. Ed. Trillas.
- Rolider A. and Houten R. (1988). The use of response prevention to eliminate daytime thumbsucking. Child and Family Behavior Therapy, 10, 135-144
- Sánchez, S.Y. (1987). A Survey of expectations about group therapy among clinical and nonclinical populations. Journal. Group Psychother, 37(1), 39-51.
- Skinner, B.F. (1971). Ciencia y Conducta Humana. España. Ed. Fontanella.
- Speller, P. (1978). Análisis de la Conducta. México. Ed. Trillas.
- Sperling, A.P. (1987). Psicología Simplificada. México. Ed. Sayrols.
- Sulzer-Azaroff, Mayer R. (1988). Procedimientos del análisis conductual y aplicado con niños y jóvenes. México. Ed. Trillas.
- Trueman, D. (1984). What are the characteristics of school phobic children?. Psychological Reports, 54, 191-202.
- Ulrich, R. et al. (1974). Control de la Conducta Humana. México. Ed. Trillas.
- Wagner, W.G. and Johnson, J.T. (1988). Childhood Nocturnal Enuresis: The prediction of premature withdrawal from behavioral conditioning. Journal of Abnormal child psychology, 16, 687-692.

Witt C.J. et.al. (1988). Handbook of behavior therapy in education. Child and Family Behavior Therapy, 12,75-79.

Wolpe J. (1977). Desensibilización Sistemática. México. Ed. Trillas.

Yates A. (1979). Terapia del Comportamiento. México. Ed. Trillas,

A N E X O S

ENCUESTA: PEDIATRIA CONDUCTUAL

La paternidad constituye la profesión más exigente e importante del mundo; sin embargo, la mayoría de los padres no recibe entrenamiento formal para asumirla.

Los problemas de la paternidad no necesariamente son resultado de "MALOS" padres o de "MALOS" hijos.

Más que eso, tales problemas frecuentemente son producto de enfoques inadecuados que se dan a la educación en los niños.

El Departamento de Pediatría de la Clínica Nova, invita a los padres de familia a un curso en donde se expondrán métodos importantes sobre la disciplina infantil.

El propósito de dicho curso es el de dotar a los padres de un paquete de técnicas para lograr la modificación de conducta sobre los problemas de sus hijos, tales como: enuresis, berrinche, negativismo, chupado del pulgar y fobia.

Para una mejor realización del curso le pedimos que pase a la hoja siguiente para que llene los datos que se solicitan.

De antemano gracias por su cooperación

Monterrey N.L. A Febrero de 1990

nova de monterrey a.c.

AVE. DEL BOSQUE 139 COL. CUAUHEMOC SAN NICOLAS DE LOS GARZA, N. L.

I.- DATOS DE IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____ TEL: _____

No.SOCIO: _____ DIRECCION _____

EDAD DEL NIÑO(A): _____

II.- ¿ PRESENTA SU HIJO ALGUNA DE ESTAS CONDUCTAS ?

ENURESIS: Si su niño se hace pipí en la cama o en la ropa, tanto en el día como en la noche (niños mayores de 5 años).

NUNCA _____ EN OCASIONES _____ FRECUENTEMENTE _____

MUY FRECUENTEMENTE _____ SIEMPRE _____

BERRINCHES: Su hijo llora, sin motivo real, se tira al suelo dando patadas y manotazos, grita, golpea todo lo que encuentra a su paso, retiene la respiración hasta ponerse morado etc.

NUNCA _____ EN OCASIONES _____ FRECUENTEMENTE _____

MUY FRECUENTEMENTE _____ SIEMPRE _____

NEGATIVISMO: Su hijo no realiza lo que se le pide que haga, es decir se muestra desobediente, diciendo cosas tales como "no quiero" o "no lo hago"

NUNCA _____ EN OCASIONES _____ FRECUENTEMENTE _____

MUY FRECUENTEMENTE _____ SIEMPRE _____

CHUPADO DEL PULGAR: Su hijo se chupa el pulgar constantemente en el día o en la noche, despierto o dormido.

NUNCA _____ EN OCASIONES _____ FRECUENTEMENTE _____

MUY FRECUENTEMENTE _____ SIEMPRE _____

FOBIA: Su niño presenta miedo a la oscuridad, a animales, personas, a lugares altos, a lugares cerrados, a estar solo o a la escuela?

NUNCA _____ EN OCASIONES _____ FRECUENTEMENTE _____

MUY FRECUENTEMENTE _____ SIEMPRE _____

NOTA: ENTREGUE ESTA ENCUESTA A LA SRITA RECEPCIONISTA DE PEDIATRIA Y SOLICITE MAS INFORMACION SI ASI LO DESEA SOBRE EL CURSO.

E N T R E V I S T A

DATOS DEL INFANTE:

NOMBRE DEL NIÑO: _____ No. SOCIO _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

ESCOLARIDAD _____

DATOS DE LOS PADRES:

NOMBRE DEL PADRE: _____

EDAD: _____ DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____ OCUPACION: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

EDAD: _____ OCUPACION: _____

FAMILIA QUE VIVE CON EL:

	NOMBRE	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
1.-	_____	_____	_____
2.-	_____	_____	_____
3.-	_____	_____	_____
4.-	_____	_____	_____
5.-	_____	_____	_____

1.- DESCRIBA EL PROBLEMA DE SU HIJO.

2.- ¿DESDE CUANDO SE PRESENTO EL PROBLEMA?

3.- ¿HAN BUSCADO ALGUNA ALTERNATIVA PARA SOLUCIONARLO?
SI _____ NO _____ ¿CUAL? _____

4.- ¿QUE RESULTADOS HAN OBTENIDO?

5.- ¿UTILIZAN ALGUN SISTEMA DE DISCIPLINA CON SUS HIJOS?
SI _____ NO _____ ¿CUAL? _____

6.- DESCRIBALO.

R E G I S T R O
(M E D I D A P R E V I A)

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

O B S E R V A C I O N E S

NOMBRE DEL NIÑO: _____

No. DE SOCIO: _____

T-1085

