

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**EL EDUCADOR SOCIAL EN EL ÁMBITO DE
LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL:
INTERVENCIÓN EN CONDUCTA SOCIAL
OFENSIVA**

AUTORA: SOFÍA BAHILLO PRIETO
DIPLOMADA EN EDUCACIÓN SOCIAL

INDICE

↵ ÍNDICE	PÁGINA 1
↵ RESUMEN	PÁGINA 2
↵ INTRODUCCIÓN	PÁGINA 3
↵ JUSTIFICACIÓN	PÁGINA 4
↵ FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	PÁGINA 6
↵ METODOLOGÍA	PÁGINA 7
○ PASOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.	
○ DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA.	
○ OBJETIVOS	
○ CRONOGRAMA.	
↵ ANÁLISIS DE RESULTADOS A MEDIO PLAZO	PÁGINA 19
↵ CONCLUSIONES	PÁGINA 37
↵ REFLEXIÓN FINAL	PÁGINA 41
↵ BIBLIOGRAFÍA	PÁGINA 43
↵ ANEXOS	PÁGINA 44

RESUMEN

Este TRABAJO FIN DE GRADO aborda el tema de la discapacidad intelectual y las alteraciones conductuales que, en ocasiones, están asociadas a dicha patología, en concreto la conducta social ofensiva.

El trabajo se centra en un programa de intervención realizado con un paciente diagnosticado de limitación leve en el funcionamiento cognitivo y déficit en habilidades adaptativas, que presenta, entre otras alteraciones de conducta, conducta social ofensiva.

Mi labor como educadora social ha sido diseñar, en colaboración con otros profesionales, un programa de intervención educativa, de un año de duración, para promover conductas positivas en el sujeto mencionado, a fin de fomentar habilidades socialmente adaptativas, utilizando técnicas de modificación de conducta, además de otros recursos.

Actualmente este programa se sigue llevando a cabo, por lo que el análisis de resultados que se presentan corresponde a una primera etapa; el análisis final del impacto del abordaje educativo se realizará con posterioridad.

PALABRAS CLAVE:

- DISCAPACIDAD INTELECTUAL.
- CONDUCTA SOCIAL OFENSIVA.
- INTERVENCIÓN EDUCATIVA.
- HABILIDADES SOCIALES.
- MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.

INTRODUCCIÓN

Este PROYECTO FIN DE GRADO tiene como objetivo configurar y llevar a cabo un programa de intervención educativa en el área de la discapacidad mental, en concreto, con un paciente del CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS, de Palencia, diagnosticado de discapacidad mental y alteración de conducta: CONDUCTA SOCIAL OFENSIVA.

El concepto de discapacidad (*disability*) hace referencia a cualquier restricción o falta de capacidad (aparecida como consecuencia de una anomalía) para llevar a cabo una actividad determinada.

Según la OMS, Organización Mundial de la Salud, la **DISCAPACIDAD** es “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano”.

En el año 1992, la *Asociación Americana para el retraso Mental (AAMR)* definió la discapacidad intelectual de la siguiente manera:

“La discapacidad intelectual se refiere a limitaciones sustanciales en el funcionamiento intelectual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que coexiste junto a limitaciones en dos ó más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad intelectual se ha de manifestar antes de los 18 años de edad”.

Dentro del marco del déficit en habilidades adaptativas, se define el objeto de nuestro proyecto: conducta social ofensiva. Atendiendo a los parámetros conductuales del ICAP, *Inventory for Client and Agency Planning*, (es el inventario que mide la conducta adaptativa y al mismo tiempo, planifica los servicios y programas necesarios para el plan de intervención con el paciente), la conducta social ofensiva hace referencia a los comportamientos que molestan a otros o son ofensivos para otras personas.

Actualmente, se considera que la persona con discapacidad adquiere un nivel mayor de autonomía a medida que recibe apoyos en distintos ámbitos de su vida, entre ellos el área educativa. A través de la intervención psico- educativa y el aporte de los distintos apoyos y servicios, la persona discapacitada intelectualmente logrará un abanico de comportamientos competentes en su proceso adaptativo.

JUSTIFICACIÓN

Desde hace unos años, desarrollo mi trabajo como educadora social en el Centro Asistencial San Juan de Dios de Palencia, concretamente en la Unidad “Padre Celedonio”. Esta unidad se caracteriza por la intervención terapéutica con pacientes mayores de edad y menores de 60 años, diagnosticados de discapacidad intelectual y alteraciones de conducta así como otros trastornos asociados.

Si seguimos la definición más aceptada en la actualidad (*Emerson, 1999*): “Las alteraciones de conducta comprenden una serie de comportamientos anormales desde el punto de vista socio-cultural de una intensidad, frecuencia y duración tales que conllevan una alta probabilidad de poner en grave compromiso la integridad del individuo o los demás, o que conlleva una limitación clara de las actividades del individuo y una restricción importante en su participación en la comunidad (restricción del acceso a los recursos y servicios de la comunidad)”.

El ICAP codifica siete tipos de conducta- problema, entre ellas la conducta social ofensiva. Esta conducta se describe como comportamientos que molesten a otros o son ofensivos para otras personas: hablar en voz muy alta, blasfemar, utilizar lenguaje soez, amenazar, mentir, acercarse en exceso sin respetar el espacio físico, escupir, eructar, ventosear, tocarse los genitales y orinar en lugares inapropiados.

En el abordaje terapéutico de dicha conducta- problema se precisa la intervención del educador social, ya que existe una relación directa entre la competencia social y logros escolares, sociales y el ajuste personal y social. La incompetencia social del paciente discapacitado psíquico se relaciona directamente con el rechazo, el aislamiento social, problemas emocionales y académicos y desajustes psicológicos.

Este proyecto de intervención, tiene como eje vertebrador la adquisición y mejora de habilidades sociales con la ayuda de técnicas de modificación de conducta, siguiendo la línea conceptual de *Pérez y Garanto,(2001)*, que define las habilidades sociales como las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea. También se ha tenido en cuenta las aportaciones de *Gill, (1993)*, el cual afirma que esas habilidades sociales **pueden y deben ser aprendidas**, puesto que se manifiestan y aprenden a través de la interacción con los demás.

Atendiendo a mis competencias como educadora social y siendo miembro del Equipo Técnico de la Unidad Residencial, se hace necesario el análisis previo de la historia bio-psico-social y educativa del paciente (Competencia 19) para diseñar el programa de intervención individualizado, adaptado a las necesidades del individuo objeto de estudio (Competencia E5).

Dicho programa ha sido configurado en base a teorías pedagógicas, psicológicas y sociológicas (Competencia E25), aplicando las metodologías específicas para la acción socioeducativa (Competencia E8). Además, ha sido imprescindible utilizar los medios didácticos oportunos para la intervención educativa (Competencia E27), así como técnicas concretas de intervención (Competencia E35), habiendo tenido que adaptar el material utilizado a las necesidades del paciente (Competencia E37) y diseñado una evaluación oportuna para ese programa (Competencia E13).

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE), de 3 de octubre de 1990, que señala, como uno de los fines de la educación, el desarrollo personal e integral de la persona en los planos intelectual, motor, de equilibrio personal y afectivo, de relación interpersonal y de actuación e inserción laboral (MEC, 1990).

La educación tiene como objetivo el desarrollo integral de la persona, según nos informa el documento «*La educación encierra un tesoro*», de la UNESCO. En él se afirma que la educación para el siglo XXI ha de estructurarse en torno a cuatro pilares básicos que son aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a ser (Delors, 1996).

Mi propuesta en el presente trabajo se centra en el tercer pilar, lo que viene es lo mismo, aprendizaje de la convivencia, educación para las relaciones interpersonales o también enseñanza de habilidades de interacción social, pero, por supuesto, sin olvidar los otros tres pilares.

Para aprender a vivir con otros, se requiere el desarrollo de los otros aspectos personales señalados, ya que se produce una interacción recíproca entre todos, facilitando y posibilitando el desarrollo integral que la educación tiene como meta.

He tomado como referencia el modelo que propone *Bandura* en su libro “*Aprendizaje Social Y Desarrollo De La Personalidad.*”, (1974), sobre la Teoría del Aprendizaje Social, en la que el joven forma sus cogniciones o representaciones de la conducta a partir de experiencias que guían su comportamiento. Además del modelo, se van a describir otros procedimientos pedagógicos, (técnicas de dinámica de grupos, diálogo entre educador y alumno, etc.) que también se pueden utilizar para trabajar las Habilidades Sociales, con las aportaciones de *Verdugo* en el campo de la discapacidad.

En cuanto a las habilidades sociales, se ha tenido como referente las indicaciones dadas, por *Monjas*, en su investigación acerca de “*Las Habilidades Sociales en el Currículum*”, (1993).

Igualmente, las diferentes técnicas de modificación de conducta se han sustentado en distintos enfoques del modelo conductual que se remontan a los estudios pioneros (a principios s.XX) de la escuela rusa a través de autores tan relevantes como *Pavlov* y el conductivismo estadounidense representado por *Skinner* con el condicionamiento operante.

METODOLOGÍA

PASOS DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Para llevar a cabo el programa de intervención, se formularon los siguientes pasos:

❖ *La psicóloga de la Unidad estableció la conducta a estudio, en nuestro caso:*

- CONDUCTA SOCIAL OFENSIVA: “ comportamientos que molesten a otros o son ofensivos para otras personas: hablar en voz muy alta, blasfemar, utilizar lenguaje soez, amenazar, mentir, acercarse en exceso sin respetar el espacio físico, escupir, eructar, ventosear, tocarse los genitales y orinar en lugares inapropiados”.

El ICAP es una herramienta que utiliza la psicólogo para medir la conducta adaptativa del paciente sobre el que interviene, así como los servicios y programas que necesita. No obstante, para medir la conducta desadaptativa, son necesarias las mediciones de las destrezas motoras, sociales, de la vida diaria y del ámbito de la vida comunitaria. Esas alteraciones comportamentales se miden en cuanto a frecuencia y gravedad.

❖ *Una vez concretada la conducta a estudio por la psicóloga, ésta eligió al paciente objeto del estudio y el tiempo de intervención.*

Para ello, la psicóloga utilizó los informes previos que aporta éste (los cuales dan lugar a su ingreso en la Unidad), y tras las pruebas diagnósticas, estableció los diagnósticos oportunos:

- Limitación leve en el funcionamiento cognitivo.
- Déficit en habilidades adaptativas.
- Alteraciones del comportamiento: conducta social ofensiva.
- Heteroesividad.
- Rotura de objetos.

Fue la Educadora Social la responsable de configurar el programa de intervención así como de ejecutarlo. No obstante, debían participar el resto de profesionales del área psico- educativa. La duración debía de ser de un año.

❖ *Se procedió al estudio de la historia bio- psico-social y educativa del paciente por parte de la educadora social.*

Este estudio fue de vital importancia para diseñar el programa de intervención, ya que marcó el camino para que éste estuviese adaptado a las limitaciones, capacidades e intereses del paciente. Este estudio se realizó a través de la información contenida en:

- *PIR: Plan Individualizado de Rehabilitación.*

Dicho documento se elabora en el momento del ingreso en el centro, en el que se detallan:

- los diagnósticos de carácter psiquiátrico, psicológico, social, somático y de enfermería.
- prioridades de atención.
- objetivos de intervención.
- seguimiento en evaluaciones.
- *Entrevista con el equipo técnico.*
 - Coordinadora.
 - Psiquiatra.
 - Psicóloga.
 - Trabajadora social.
 - Enfermera.
- *Entrevista con el equipo educativo.*
 - Educadora Especial.
 - Monitor Ocupacional.
 - Monitora Deportivo.
- *Valoración de Competencias Educativas:* instrumento de evaluación de sus conocimientos y habilidades académicas que realiza la educadora de la Unidad en el momento del ingreso del paciente. (Se adjunta Valoración de Competencias Educativas del paciente en Anexo 1)
- *Parte de incidencias:* es un registro en soporte papel con todas las incidencias relevantes de cada paciente de la Unidad. Se realiza a diario por la enfermera.

Una vez recogida toda la información relativa al paciente, se confeccionó la historia:

“XXXX es un paciente de 21 años de edad, el cual vive actualmente en el CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS, concretamente en la UNIDAD PADRE CELEDONIO.

Ingresa en la Unidad el 5 de Junio de 2009, a petición de la madre, ya que son continuas las agresiones y problemas conductuales de su hijo en casa. Es ingresado por orden judicial. Anteriormente, no había estado ingresado anteriormente en otros centros.

La madre está separada, afronta sola el cuidado de su hijo. El padre ha fallecido, pero el paciente no lo sabe. La madre suele mentir al hijo para evitar que la agrede. Se encuentra en tratamiento psicológico debido a los problemas con su hijo.

Durante su infancia ha estado escolarizado hasta 1997 en centros de educación especial.

La relación con el personal del centro es buena, participa en las actividades y tareas que se le piden, aunque no acepta bien las normas.

Actualmente, participa en las actividades psico- educativas de:

- ❖ Educación curricular.
- ❖ Manejo del ordenador.
- ❖ Lectura de prensa.
- ❖ Talleres creativos.
- ❖ Colocación del comedor.
- ❖ Piscina del centro.
- ❖ Actividad física en el agua
- ❖ Salidas.
- ❖ Senderismo.
- ❖ Fintees.
- ❖ Educación para el consumo.
- ❖ Educación Sexual.
- ❖ Actividad pre- laboral: ayuda en el comedor.

De un tiempo a esta parte, se ha hecho más frecuente su mal comportamiento: grita, escupe, ventosea, se tira eructos, amenaza a los compañeros, no respeta el espacio físico entre las personas, etc. lo cual ha conllevado a que el equipo técnico, y más en concreto, la psicóloga, se plantee una intervención individualizada con el paciente.”

- ❖ *Diseño del cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula, para su implantación, definiendo la línea base en función de los datos obtenidos.*

Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula: Este cuestionario, diseñado por la educadora social bajo la supervisión de la psicóloga, es una herramienta de recogida de información relativa a tres aspectos:

- Características de la conducta social ofensiva de manera concreta.
- Características topográficas.
 - Frecuencia.
 - Duración.
 - Intensidad.
- Exploración funcional:
 - Circunstancias previas.
 - Consecuencias.
 - Génesis.
 - Intentos de autocontrol.
 - Contexto cognitivo.

Se adjunta modelo en (Ver Anexo 4) .

Se facilitó a los profesionales que intervienen a nivel psico- educativo, para obtener la **línea base del comportamiento del paciente dentro del aula**, ya que el objetivo del cuestionario es obtener la máxima información sobre el paciente y su conducta para poder realizar su posterior análisis.

También nos sirvió para la elección de reforzadores así como para orientarnos a la hora de aplicar las técnicas de modificación de conducta.

Fue imprescindible diseñar la línea base del comportamiento del paciente a partir de los datos obtenidos, es decir, su evaluación inicial con respecto al comportamiento a extinguir o minimizar, para poder analizar la eficacia del programa de intervención.

❖ *Diseño e implantación de la HOJA DE REGISTRO DE LA CONDUCTA PROBLEMA.*

HOJA DE REGISTRO DE LA CONDUCTA PROBLEMA: Documento diseñado por la educadora social bajo la supervisión de la psicóloga, que nos sirve para recoger la siguiente información:

- Lugar
- Hora
- Circunstancias previas a la aparición
- Descripción de la conducta problema
- Reacciones del profesional
- Reacción del paciente ante el abordaje.

La recogida de dicha información nos servirá para establecer una medición de la conducta objeto de estudio, a fin de determinar línea base, o lo que es lo mismo, evaluación inicial.

La psicóloga estableció en dos semanas el tiempo de duración del registro.

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA.

Para el correcto diseño del programa de intervención, se tuvo en cuenta la siguiente información:

- Estudio de la historia psico-bio- social y educativa del paciente.
- Resultado de los cuestionarios de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula y del registro de la conducta problema (Ver Anexos 4 Y 5).
- Orientaciones de la psicóloga.
- Bibliografía consultada.

Se establecieron los siguientes objetivos.

OBJETIVO GENERAL:

+ Aprender y/o incrementar habilidades sociales de interacción social, necesarias para que el paciente mejore su comportamiento y con ello, sus relaciones interpersonales, logrando una mejor adaptación a su entorno y, por tanto, minimizando los comportamientos que molestan o son ofensivos para otros (conducta social ofensiva)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Sustituir el lenguaje soez y las blasfemias que verbaliza el paciente por otro lenguaje más apropiado.
- Fomentar relaciones basadas en la empatía evitando las mentiras.
- Aprender a hablar en un tono de voz más bajo.
- Aprender a respetar el espacio vital.
- Habituarse al paciente a acudir a los espacios apropiados para tal efecto cuando éste tenga ganas de eructar o ventosear.
- Adquirir o mejorar las destrezas necesarias para comportarse en la comunidad.

METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta las características y necesidades de la persona destinataria así como las orientaciones de la psicóloga, los criterios metodológicos que sirven para su puesta en marcha son los siguientes:

Una intervención individualizada, a través de las siguientes consideraciones:

- Los objetivos se establecieron en función de la prevalencia de las conductas a extinguir o corregir.
- Utilizamos la VALORACIÓN DE COMPETENCIAS EDUCATIVAS, instrumento de medida de los conocimientos previos del paciente, para adaptar el material seleccionado a las características y limitaciones del paciente.
- Tenemos flexibilidad en el tiempo de consecución de objetivos, es decir, el programa podrá alargarse en el tiempo si se detecta la necesidad.
- Favoreceremos la existencia de un buen clima de aprendizaje, **potenciando la socialización e interacción** entre iguales, como con el equipo psico- educativo.
- **Flexibilizamos nuestros planteamientos metodológicos** con una gran variedad de situaciones, lenguajes, actividades (observaciones, descripciones, actividades de clasificación y categorización, puestas en común, salidas y visitas, actividades gráficas, dramatizaciones...) y estrategias de enseñanza, para así evitar la desmotivación del paciente y poder adaptarnos a sus necesidades, y a las diferentes situaciones que se den en el aula.

- Utilizaremos técnicas de modificación de conducta:
 - **Contrato de conducta**, en el que el paciente se comprometió, al inicio de la intervención, con el equipo psico- educativo a mejorar su comportamiento en los términos que se describen en dicho contrato.

El contrato de conducta es un acuerdo escrito entre las partes afectadas, en este caso, el paciente y los profesionales del área psico- educativos. El contrato se estable en torno a una negociación previa, de tal manera que lo expresado en el mismo es un fiel reflejo de dicha negociación. El paciente supo, de manera clara, cuales son las conductas que debía corregir (se determinaron a través del cuestionario **Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula**), en nuestro caso serán:

1. hablar en un tono de voz más bajo.
2. no decir malsonantes.
3. hablar con educación.

- **Proporcionaremos refuerzos positivos** (refuerzos placenteros que aumenta la posibilidad de que se repita una conducta) que contribuyan a la mejora de la autoestima del paciente, utilizando las respuestas ofrecidas por éste en la VALORACIÓN DE COMPETENCIAS EDUCATIVAS, concretamente en el apartado “ intereses y motivaciones” (Ver Anexo 1), así como las datos ofrecidos por el personal de intervención psico- educativa en el **Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula**, en el apartado “ F: detección de posibles reforzadores”.

Quedan establecidos los siguientes reforzadores:

- Refuerzo verbal positivo.
- Salidas.
- **Imitación**: utilizando el modelo de aprendizaje sin ensayo, caracterizado por la simple observación del educador o del resto del equipo psico- educativo, el cual puede inducir a actuar en un sentido o en otro aunque no se ponga en práctica lo que se acaba de “ver” (imitar). El objetivo será que se instaure la conducta imitada cuando aparezcan las condiciones similares a las que previamente el paciente observó. Esto suele ocurrir especialmente en comportamiento agresivos (*Bandura, Roos y Roos*).
- **Moldeamiento**: consiste en reforzar sistemáticamente cada pequeño paso o aproximación a la conducta deseada.

El paciente obtendrá refuerzos verbales positivos en cada pequeña aproximación a la conducta deseada, hasta obtener la conducta final o meta. Asimismo, se ignoraran las respuestas incorrectas dadas. Una vez adquirida la conducta meta se disminuirá los refuerzos hasta conseguir la conducta deseada.

- **Reflexión,** Una vez que se ha realizado el modelado, de forma colectiva , el paciente valorará, con la ayuda de la educadora, la pertinencia de los comportamientos planteados. Lo lograremos a través de preguntas dirigidas, comparaciones entre las diferentes situaciones o modelos, anticipación de posibles consecuencias, ... para ayudarle a que puedan identificar los posibles pasos que se van a seguir en la puesta en práctica de las diferentes habilidades.
- **Roll- playing:** Para poder incorporar las conductas y habilidades necesarias en su repertorio y poder mostrarlas en situaciones naturales, el paciente tendrá que aprender ensayándolas y representándolas.

Es una técnica que permite trabajar la empatía y la comprensión con los demás; con la práctica continua el sujeto podrá reconocer sus sentimientos, actitudes, valores y qué caracteriza en algunos casos su conducta. Asimismo permitirá que acepte a los demás, resolviendo conflictos y asumiendo con responsabilidad la toma de decisiones.

Para que esta técnica funcione, se utilizará el diálogo y puesta en común improvisada, donde se enfatizará el diálogo sobre un conflicto con trascendencia moral.

La puesta en práctica de esta técnica llevará cuatro fases:

- 1).- Motivación.- Es guiada por el educador que promoverá un clima de confianza y presentará conflictos para que se tomen en cuenta, eligiendo el argumento de la representación.
- 2).- Preparación.- El educador dará a conocer los datos necesarios para la representación, indicando cual es el conflicto y qué personaje tiene que representar.
- 3).- Dramatización.- El paciente asumirá el rol a protagonizar y se esforzará por representar el argumento pertinente, tratando de encontrar un diálogo que evidencie el conflicto que presenta el educador.
- 4).- Debate.- Se analizará y valorará los diferentes momentos de la situación planteada y se le harán las preguntas sobre el problema dramatizando (cómo se han sentido, qué hacía bien o mal el personaje que interpretaba, etc.)

- **Economía de fichas:** la técnica en sí consiste en establecer un sistema de refuerzo mediante la utilización de unas pequeñas fichas para premiar las conductas que se desean que adquiera. Dichas fichas se cambiar por reforzadores.

Se colocará una tabla elaborada para tal fin, situada dentro de la clase de la educadora. Cada profesional de intervención educativa podrá hacer uso de dichas fichas siempre que la conducta sea la deseada.

Cuando el paciente logre 3 fichas a lo largo de la semana (cifra que irá aumentando paulatinamente a medida que el proceso de aprendizaje lo vaya marcando), el viernes podrá participar en la salida psico-educativa. El incremento de esas fichas lo determinará la psicóloga, de acuerdo a la información verbal que la vayamos aportando el resto del equipo, a medida que avance la intervención.

Se comenzará a trabajar con un número muy bajo de fichas, ya que, de acuerdo al comportamiento del paciente antes de comenzar el programa de intervención, resulta especialmente fácil que consiga el objeto. De esta manera, le motivaremos y evitaremos la frustración que pudiera surgir de no conseguir el número de fichas.

Todo ello realizará a través de las siguientes tareas:

- ✍ Actividades de autoconocimiento (la autoestima, comunicación, empatía, autorregulación, automotivación).
- ✍ Dramatización.
- ✍ Roll- playing.
- ✍ Visionado y comentario de videos.
- ✍ Lectura de artículos de prensa.
- ✍ Práctica de habilidades.
- ✍ Salidas extrahospitalarias.
- ✍ Observaciones y descripciones.
- ✍ Actividades de clasificación y categorización.
- ✍ Puestas en común.

ESPACIOS:

Para favorecer el proceso de enseñanza- aprendizaje es necesario crear las condiciones óptimas, a través de:

El desarrollo del programa de intervención dentro del aula de formación.

- Posibilidad de modificar el aula y crear nuevos espacios si la tarea o el destinatario de la intervención así lo requiere.
- Disposición adecuada del mobiliario y cuidado de las condiciones ambiental (acústica, visibilidad, etc).

TEMPORALIZACIÓN:

La intervención en el aula se lleva a cabo de lunes a jueves, en sesiones de 45 minutos de duración, concretamente de 15:00 a 15:45. El tiempo de intervención fue determinado por la psicóloga, teniendo en cuenta la dinámica diaria del paciente (inclusión en otras actividades).

Aunque el paciente ya está incluido dentro de la actividad de “salidas”, la psicóloga pauta que acuda todos los viernes a una de ellas, con un grupo de 6 pacientes, ya que solía acudir con una frecuencia de una vez cada mes y medio, aproximadamente.

Las salidas se llevan a cabo fuera del centro. Tienen una duración de media mañana o de día entero, dependiendo de los recursos.

La duración del programa de intervención será de un año según estableció la psicóloga, siendo flexibles en cuanto a la consecución de objetivos.

RECURSOS:

- MATERIALES.
 - Aula de formación.
 - Cuaderno de trabajo.
 - Televisor y DVD.
 - Artículos de prensa.
 - Furgoneta del Centro para las salidas extrahospitalarias.
- HUMANOS:
 - Equipo psico- educativo:
 - Psicóloga.
 - Educadora Especial.
 - Monitora Ocupacional.
 - Monitor Deportivo.
 - Educadora Social.

EVALUACIÓN

Se realizarán dos evaluaciones:

- ✍ Evaluación transcurridos dos meses de la puesta en marcha del programa:
 - Posibles correcciones en la metodología utilizada.
 - Posibles recursos necesarios no contemplados anteriormente.
 - Evaluación de logros.
 - **Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula.**
 - **Hoja de registro de la conducta problema**
 - Conclusiones a medio plazo
- ✍ Evaluación transcurrido un año desde la puesta en marcha del programa:
 - Eficacia de la metodología utilizada.
 - Adecuación de los recursos a las características y necesidades del paciente.
 - Evaluación de línea base
 - **Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula.**
 - **Hoja de registro de la conducta problema**
 - Conclusiones a largo plazo.

CRONOGRAMA

SOFÍA BAHILLO PRIETO
Grado en Educación Social

	1ª REUNIÓN	2ª REUNIÓN	3ª REUNIÓN	INTERVENCIÓN	4ª REUNIÓN	5ª REUNIÓN
PERSONAL	Psicóloga, E. Especial. M. Ocupacional M. Deportivo. E. Social.	Psicóloga, E. Especial. M. Ocupacional M. Deportivo. E. Social.	Psicóloga, E. Especial. M. Ocupacional M. Deportivo. E. Social. y paciente	Educadora Social paciente	Psicóloga, E. Especial. M. Ocupacional M. Deportivo. E. Social. y paciente	Psicóloga, E. Especial. M. Ocupacional M. Deportivo. E. Social. y paciente
FECHA:	05-03-2012	13-03-2012	16-03-2012	02-04-2012 04-06-2012	07-06-2012	07-03-2013
PROCESO	Establecimiento de la conducta a estudio y paciente a intervenir	Cumplimentación del cuestionario de análisis funcional de la conducta Problema dentro del aula. Entrega de Hoja de Registro de la conducta- problema.	Contrato de conducta		Análisis de logros y primeras conclusiones a medio plazo.	Análisis de logros y conclusiones a largo plazo.

CRONOGRAMA:

Dentro del organigrama de la UNIDAD PADRE CELEDONIO, del Centro Asistencial San Juan de dios, fue la coordinadora de la Unidad la que aprobó el cronograma de las reuniones del personal psico- educativo, atendiendo a criterios de organización del personal, priorizando la atención de los pacientes allí atendidos.

Primera reunión:

Los asistentes fueron: psicóloga, educadora especial, monitora ocupacional, monitor deportivo y educadora social. Se desarrolló el día 05-03-2012, en el aula de formación de la educadora. La psicóloga marcó la conducta objeto de intervención (conducta social ofensiva), así como el paciente a intervenir. La educadora configuró el programa de intervención para corregir y/o minimizar tal conducta.

Segunda reunión:

Los asistentes fueron: psicóloga, educadora especial, monitora ocupacional, monitor deportivo y educadora social. Se desarrollará el día 13-03-2012, en el aula de formación de la educadora. Se facilitó a los profesionales que intervinieron con el paciente a nivel psico-educativo el siguiente cuestionario: CUESTIONARIO DE ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA PROBLEMA DENTRO DEL AULA (ver Anexo 4). Éste es un instrumento de medida, diseñado por la educadora, que sirve para:

- Características de la conducta social ofensiva de manera concreta.
- Características topográficas.
- Exploración funcional

a fin de determinar el punto de partida desde el cual se va a intervenir.

Asimismo, en esta misma reunión se facilitó la hoja de registro de la conducta problema a fin de establecer la línea base (ver Anexo 5). La psicóloga concretó la fecha de medición de la conducta problema (dos semanas), previo consenso con el equipo.

Tercera reunión:

Se llevó a cabo en la fecha 16-03-2012. Se reunieron al paciente objeto de la intervención con el equipo terapéutico, para explicarle:

- La conducta a corregir.
- Los inconvenientes de persistir en el mantenimiento de su conducta.
- El plan de intervención (¿quién, cuándo y cómo?)
- Propuesta y firma del contrato de conducta. (Ver Anexo 3).

Intervención educativa: del 02-04-2012 al 04-06-2012 de 2012.

Cuarta reunión:

Los asistentes fueron: psicóloga, educadora especial, monitora ocupacional, monitor deportivo y educadora social. Se desarrolló el día 07-06-2012, en el aula de formación de la educadora.

Se realizó con el objetivo de hacer una primera evaluación del proceso de intervención:

- Posibles correcciones en la metodología utilizada.
- Posibles recursos necesarios no contemplados anteriormente
- Evaluación de logros:
 - Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro y fuera
 - Hoja de registro de la conducta problema
 - Conclusiones a medio plazo

Hasta este punto, es la parte del programa de intervención desarrollada, quedando pendiente una quinta reunión una vez finalizado el plazo de intervención con el sujeto objeto de nuestro trabajo, que la psicóloga estableció en un año:

Quinta reunión:

Los asistentes serán los siguientes: psicóloga, educador, monitora ocupacional, monitor deportivo y educadora social. Se desarrollará transcurrido un año, en el aula de la educadora, fechada ya la reunión el siguiente día: 07-03-2013.

El objetivo de la reunión será:

- Eficacia de la metodología utilizada.
- Adecuación de los recursos utilizado a las características y necesidades del paciente.
- Evaluación de logros
 - Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula.
 - Hoja de registro de la conducta problema
- Conclusiones a largo plazo.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Una vez transcurridos dos meses desde el inicio del programa de intervención, se procede a realizar un primer análisis de la consecución de objetivos, a medio plazo.

- Se analiza y corrige metodología a través de la información verbal que transmite el equipo psico- educativo.
- Posibles recursos necesarios no contemplados anteriormente.
- Evaluación de línea base. Se facilitará de nuevo a los profesionales que trabajan con el paciente:
 - Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro y fuera
 - Hoja de registro de la conducta problema, medida de nuevo por el equipo psico- educativo durante dos semanas según indica la psicóloga.

Considero que presentar los resultados de los datos obtenidos en los cuestionarios y hoja de registro aportados al equipo psico- educativo en forma de gráfica resulta muy interesante, ya que, aunque los profesionales que intervenimos con el paciente no somos un gran número, puede ayudar al lector a hacerse una idea más concisa, clara y estructurada de los logros obtenidos tras dos meses de intervención terapéutica.

Para hacer una interpretación de las gráficas, habrá que tener en cuenta que el modelo utilizado corresponde a gráficas lineales comparativas.

Se ha utilizado el color azul para referirnos a la evaluación inicial y el morado a la evaluación de logros transcurridos dos meses. El *eje de abscisas* corresponde al número de profesionales (5) que emitieron una respuesta en la conducta reflejada en el *eje de ordenadas*.

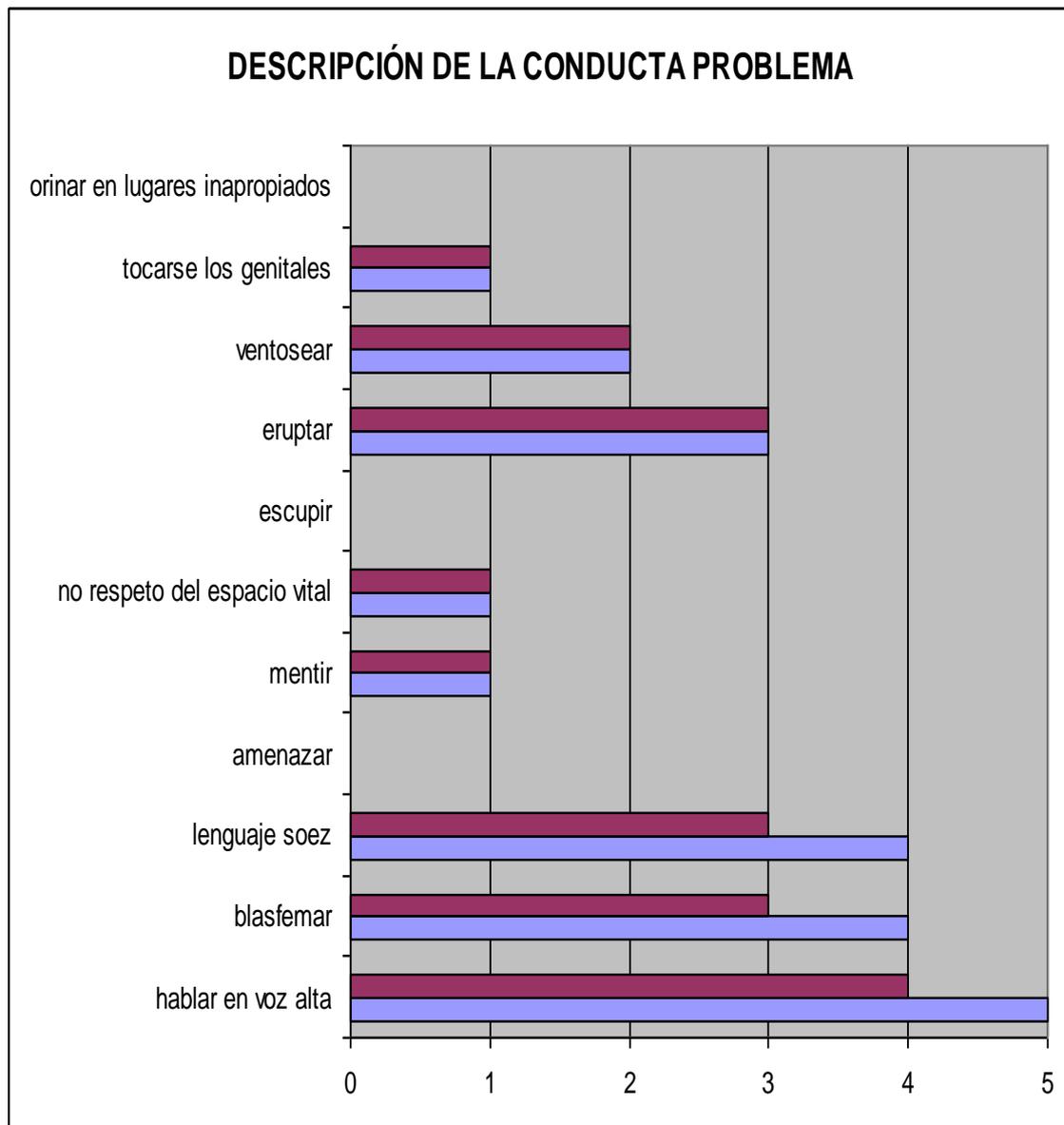


Figura 1: descripción de la conducta problema.

CARACTERÍSTICAS TOPOGRÁFICAS:

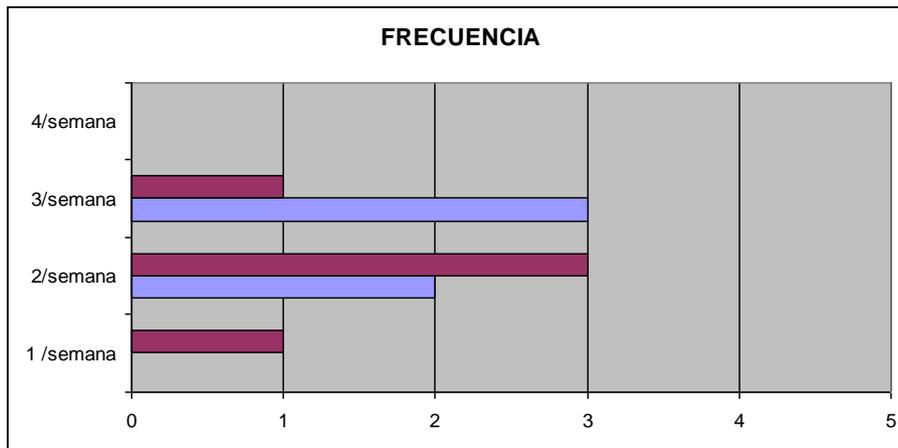


Figura 2: frecuencia.

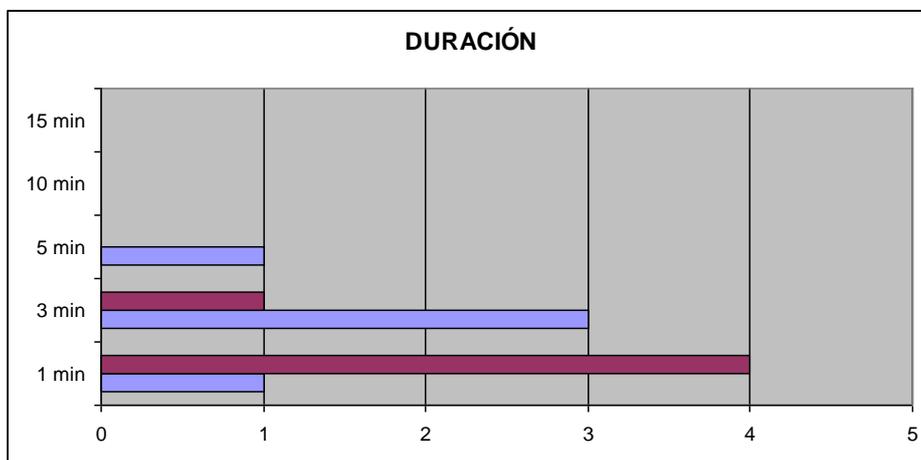


Figura 3: duración.

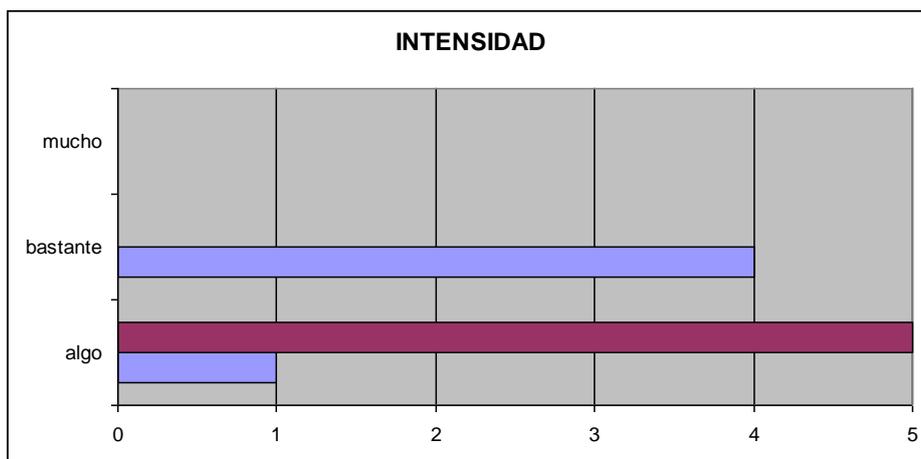


Figura 4: intensidad.

EXPLORACIÓN FUNCIONAL

a) Circunstancias previas:

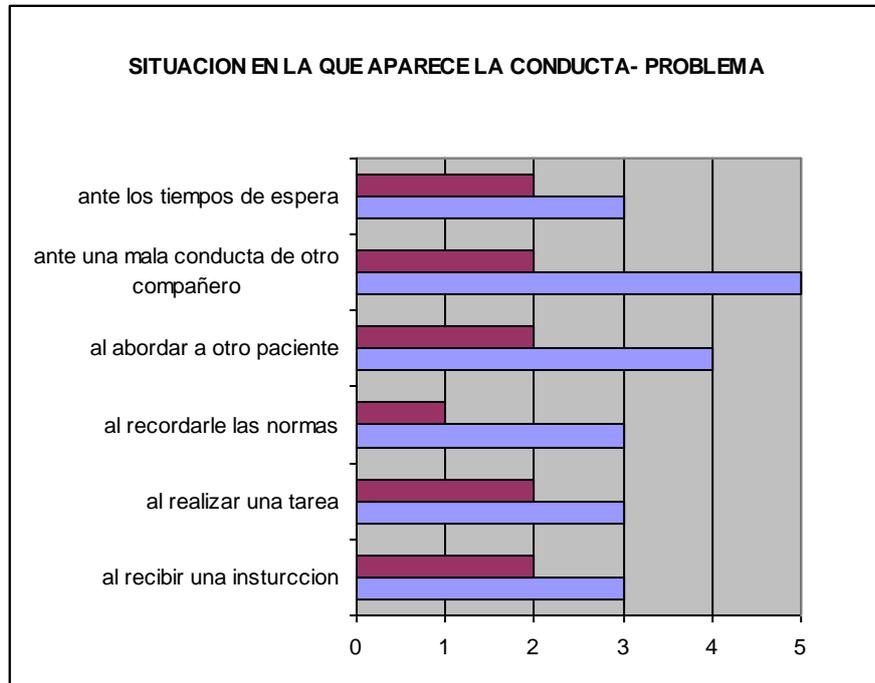


Figura 5: situación en la que aparece la conducta- problema.

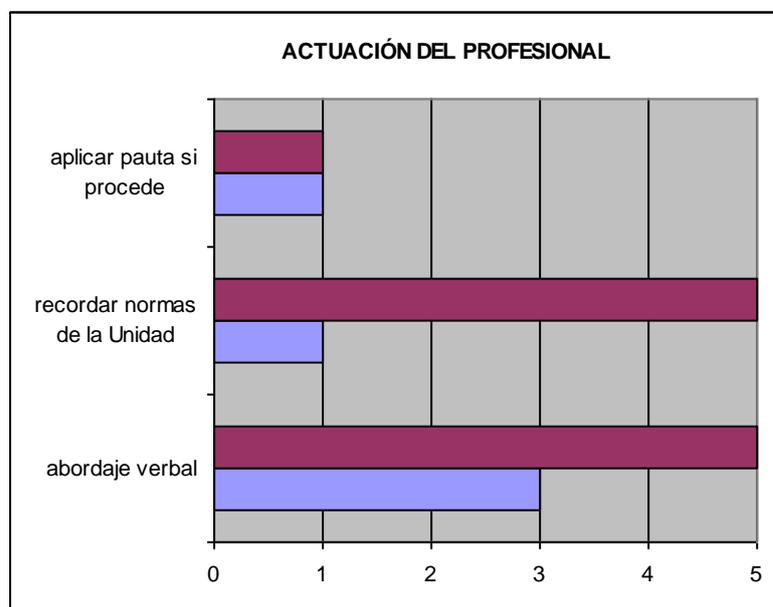


Figura 6: atención del profesional.

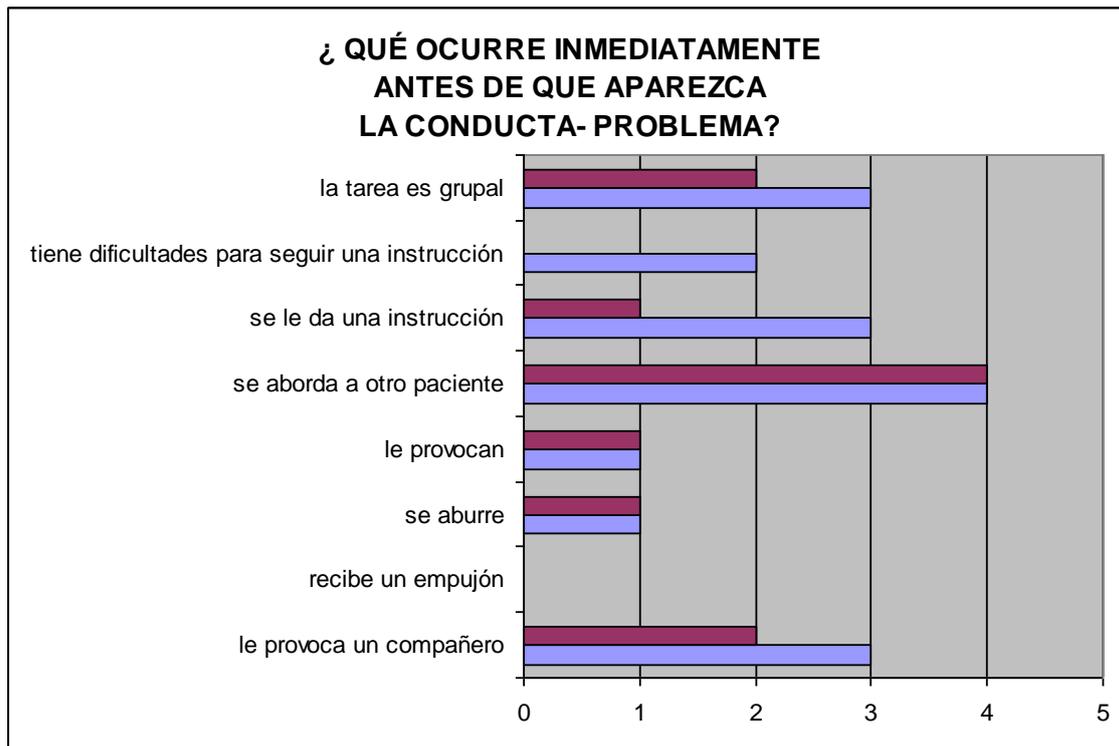


Figura 7: acontecimientos anteriores a la conducta problema.

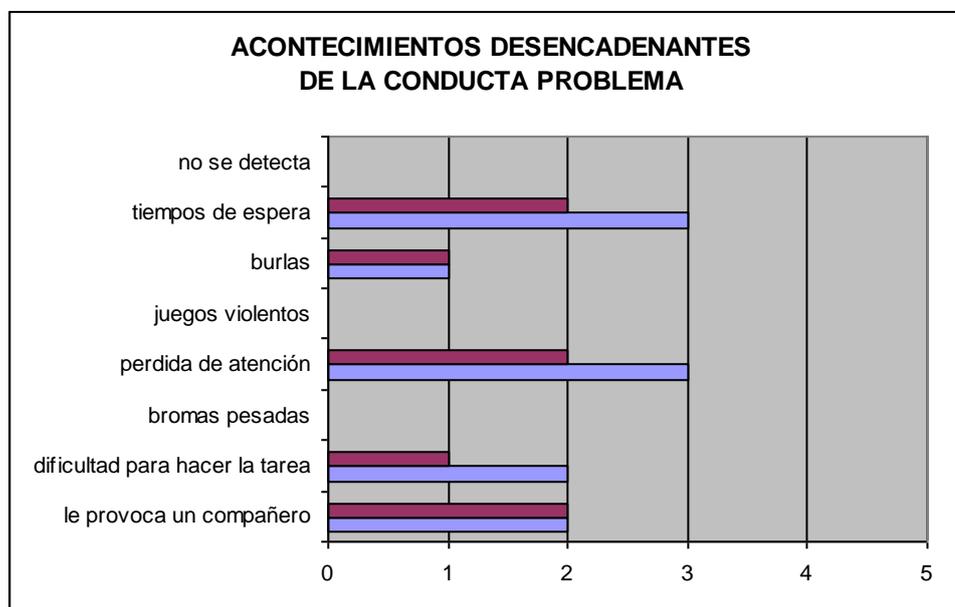


Figura 8: acontecimientos desencadenantes de la conducta problema.

b) Consecuencias:

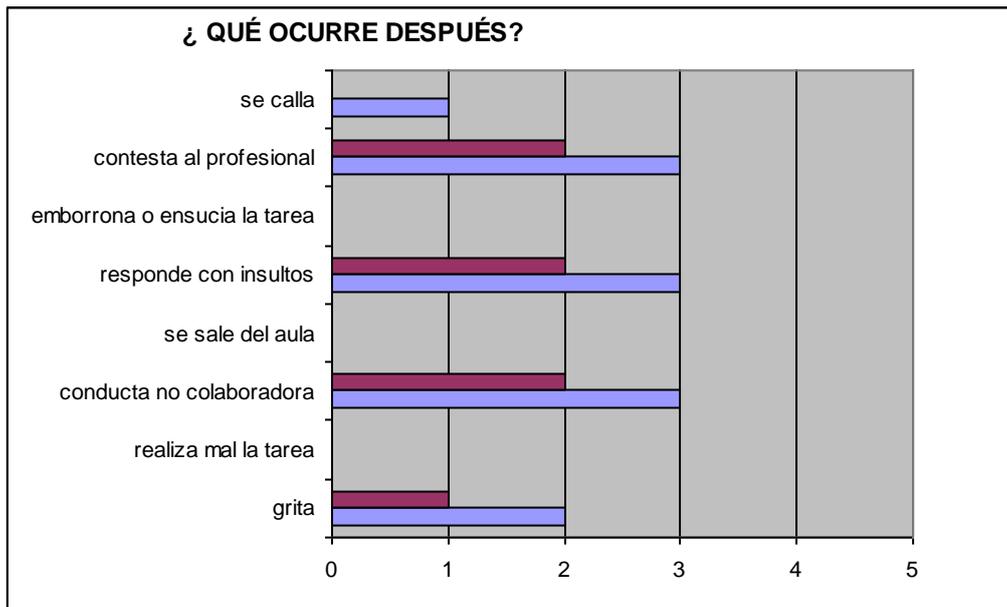


Figura 9: ¿Qué ocurre después de que aparezca la conducta problema?

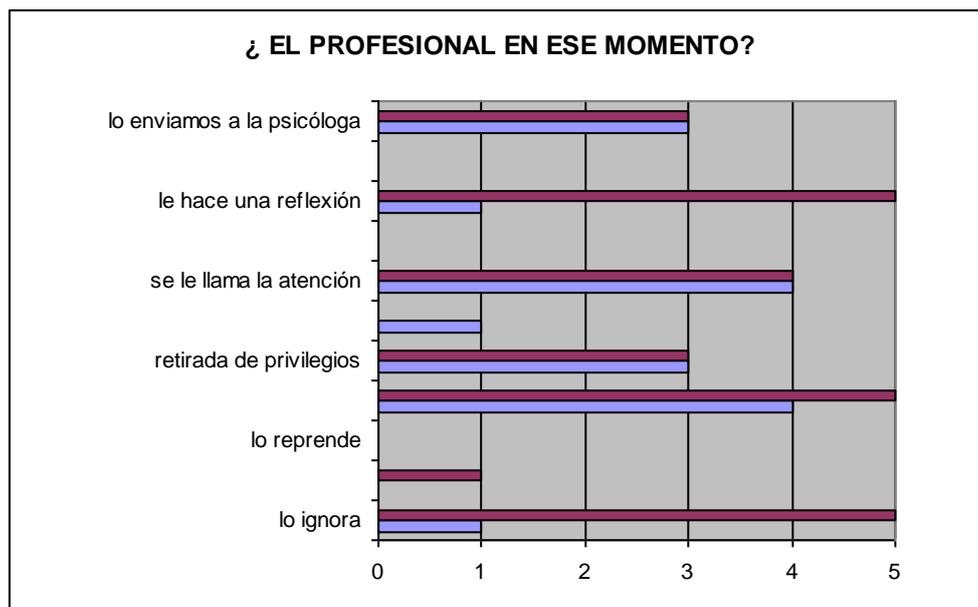


Figura 10: ¿Qué hace el profesional en el momento del problema conductual?

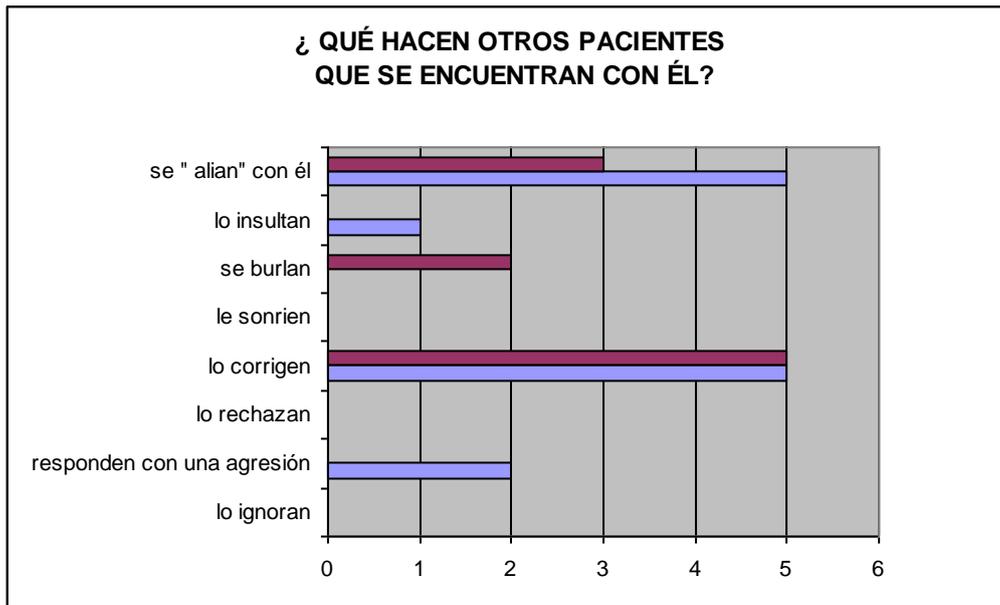


Figura 11: ¿Qué hacen otros pacientes que se encuentran con el sujeto en ese momento?

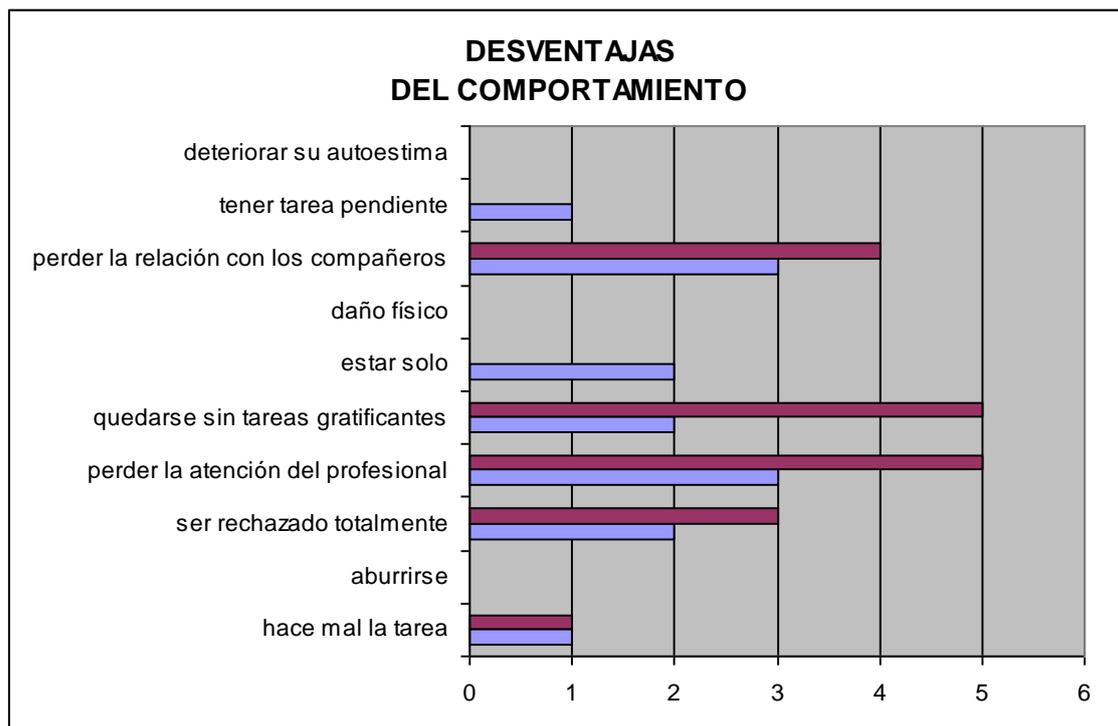


Figura 12: desventajas que obtiene el paciente cuando se comporta mal.

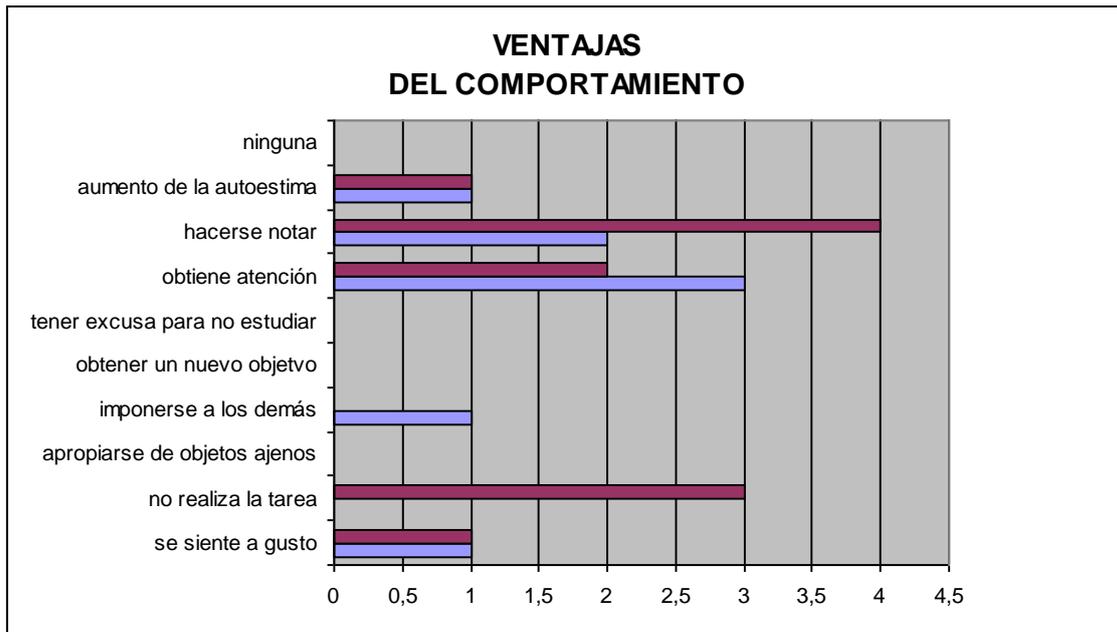


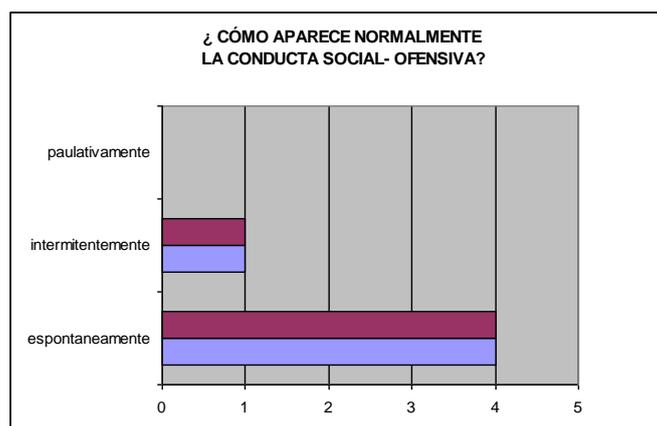
Figura 13: ventajas que obtiene el paciente cuando se comporta bien.



Figura 14: consecuencias de la alteración conductual en la vida del paciente.

c) Génesis:

Figura 15: ¿Cómo aparece normalmente la conducta social ofensiva?



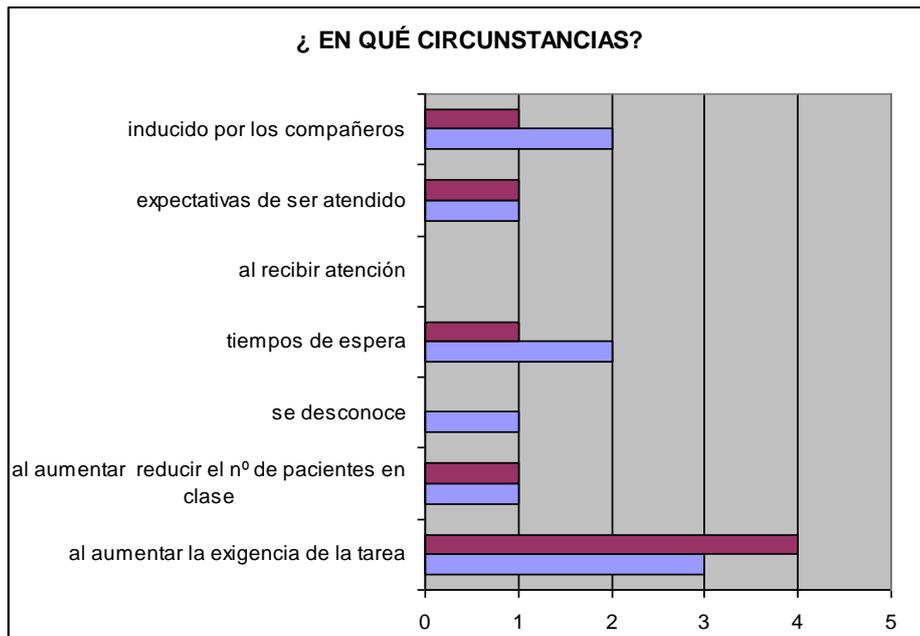


Figura 16: ¿En qué circunstancias?

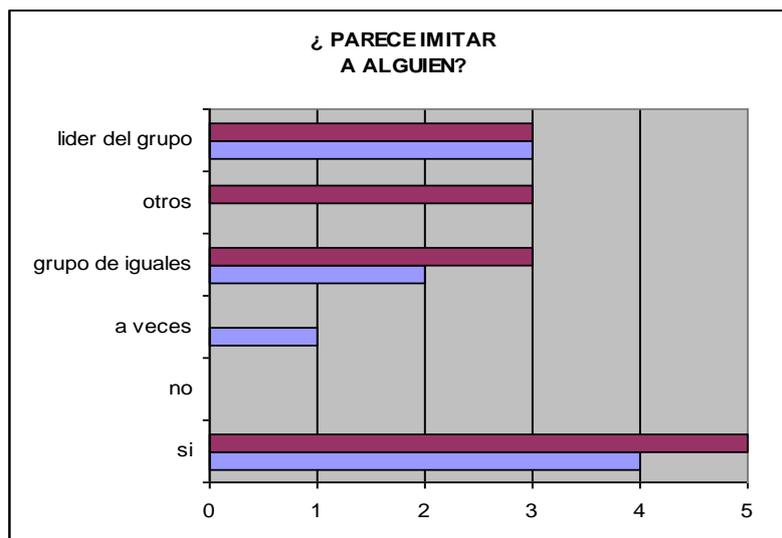


Figura 17: ¿Parece imitar a alguien?

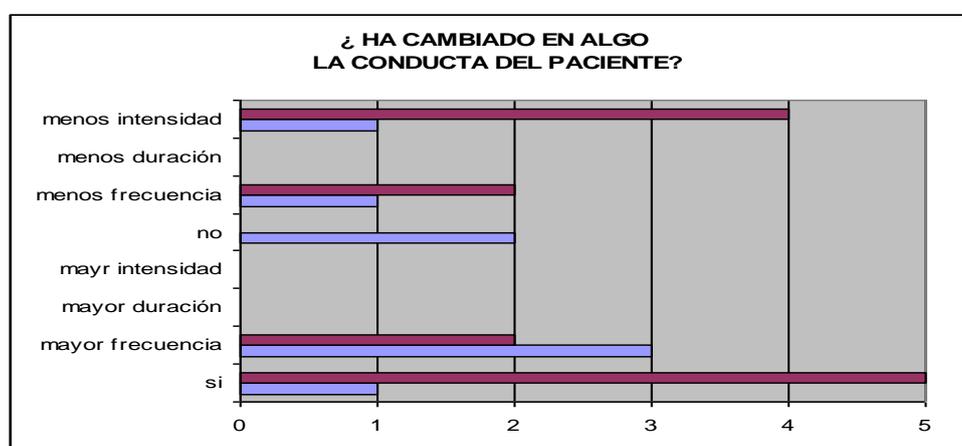


Figura 18: ¿Ha cambiado en algo la conducta del paciente?

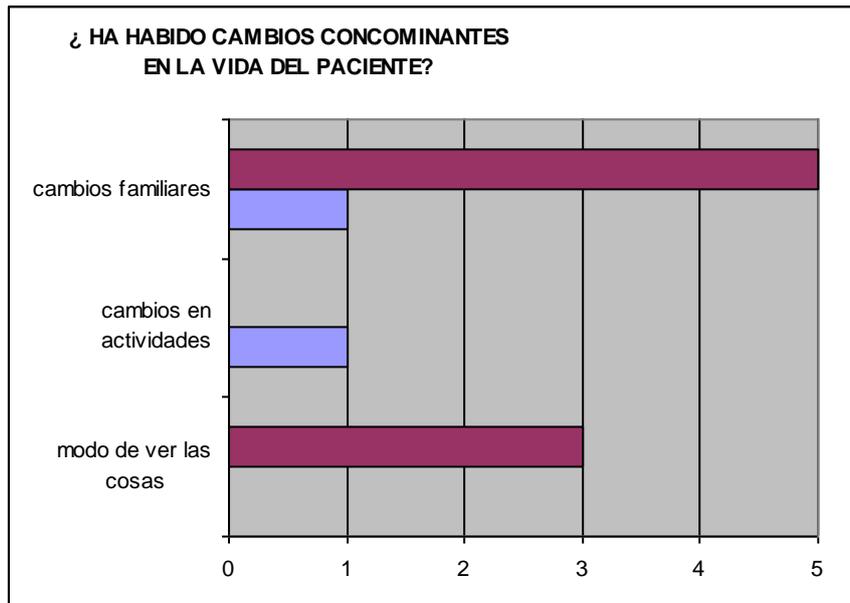


Figura 19: ¿Ha habido cambios concominantes en la vida del paciente?

d) Intentos de control

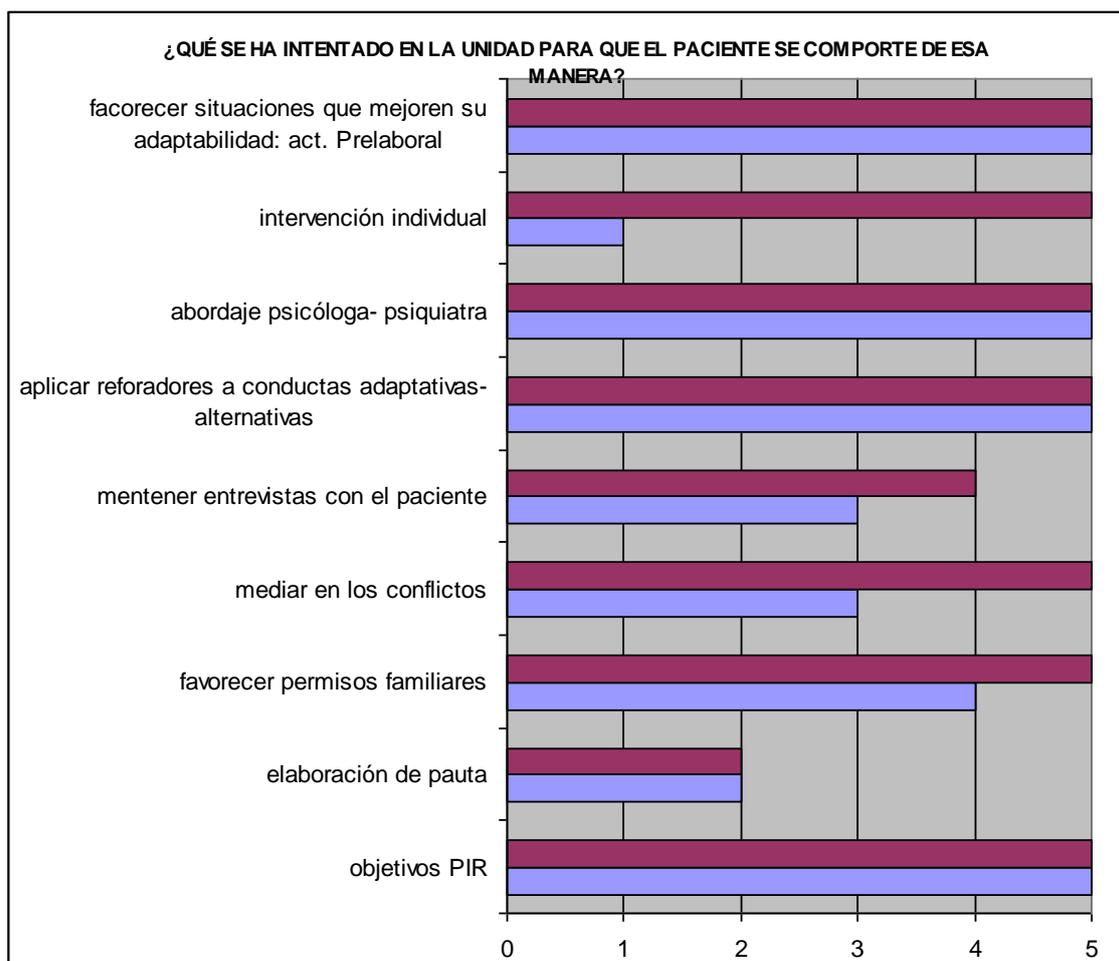


Figura 20: ¿Qué se ha intentado en la Unidad para que el paciente cambie su comportamiento?

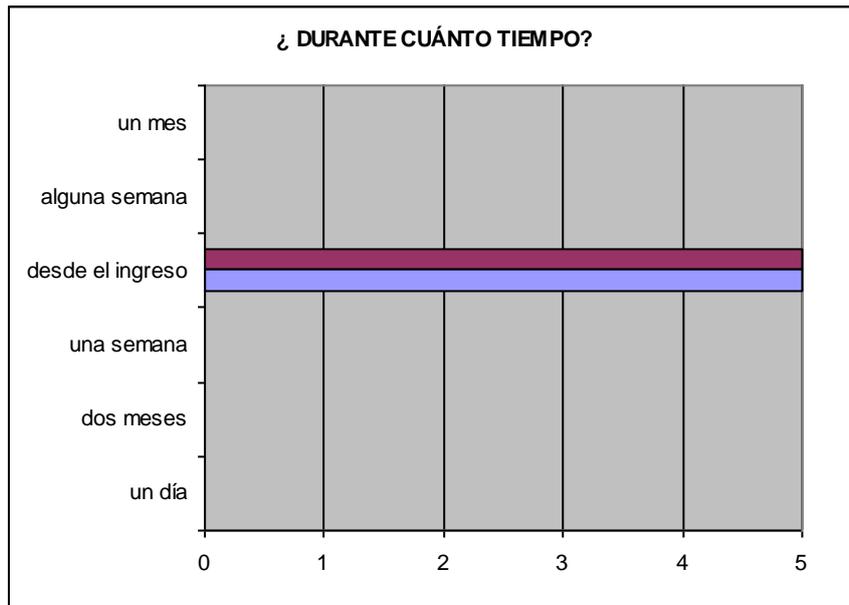


Figura 21: ¿Durante cuánto tiempo?

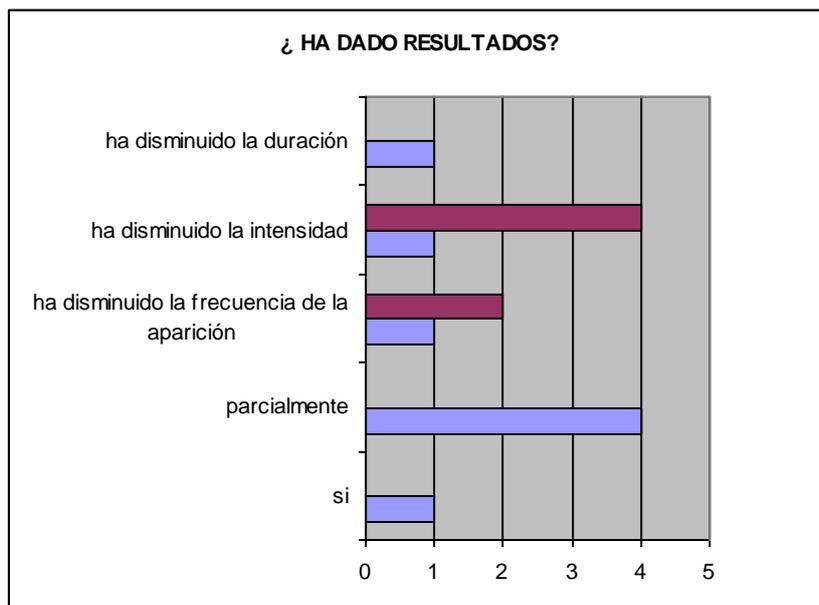


Figura 22: ¿ha dado resultados?

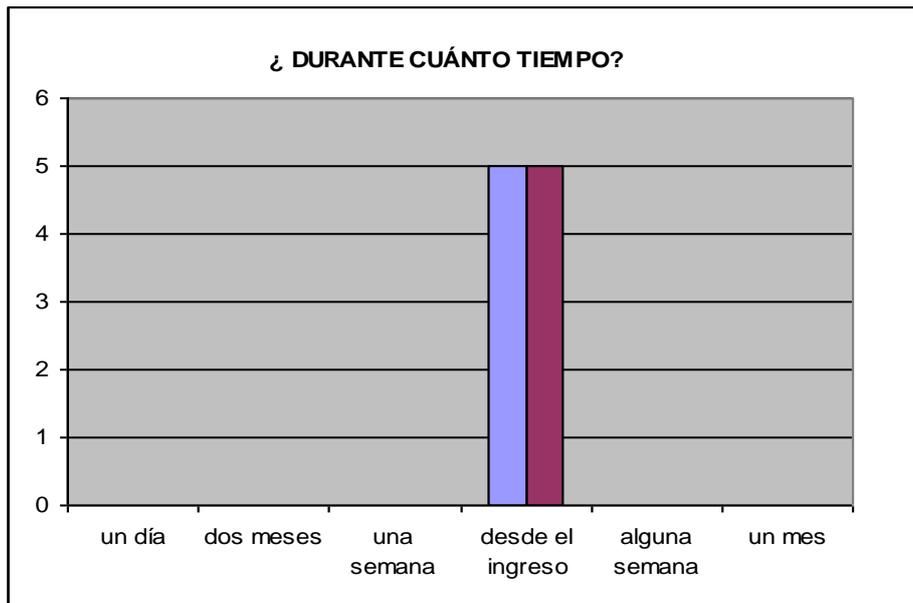


Figura 22: ¿Durante cuánto tiempo?

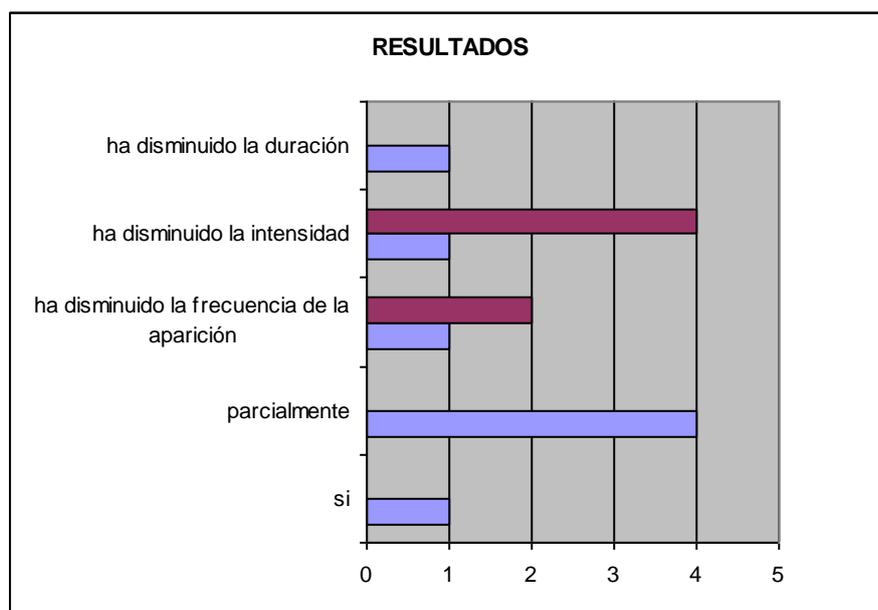


Figura 23: resultados de esas actuaciones para que disminuya la conducta problema.

e) Contexto Cognitivo:



Figura 24: intentos de cambio por parte del paciente.

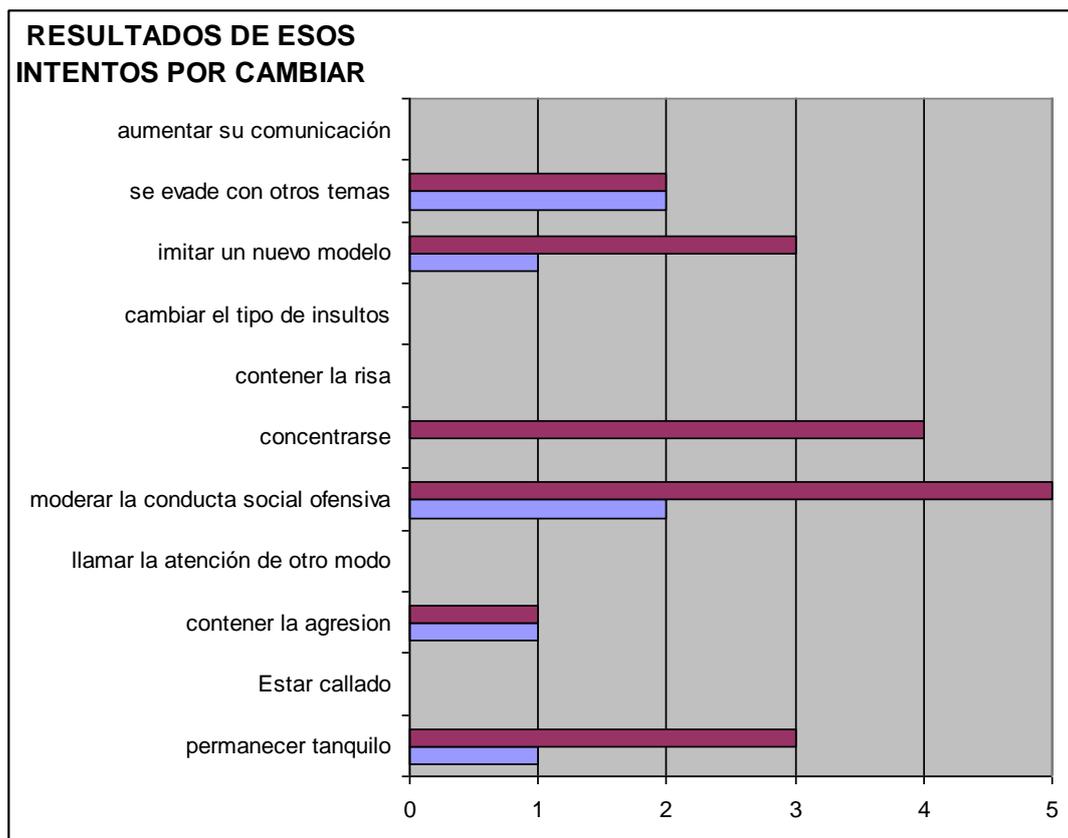


Figura 25: resultados de los intentos de cambio.

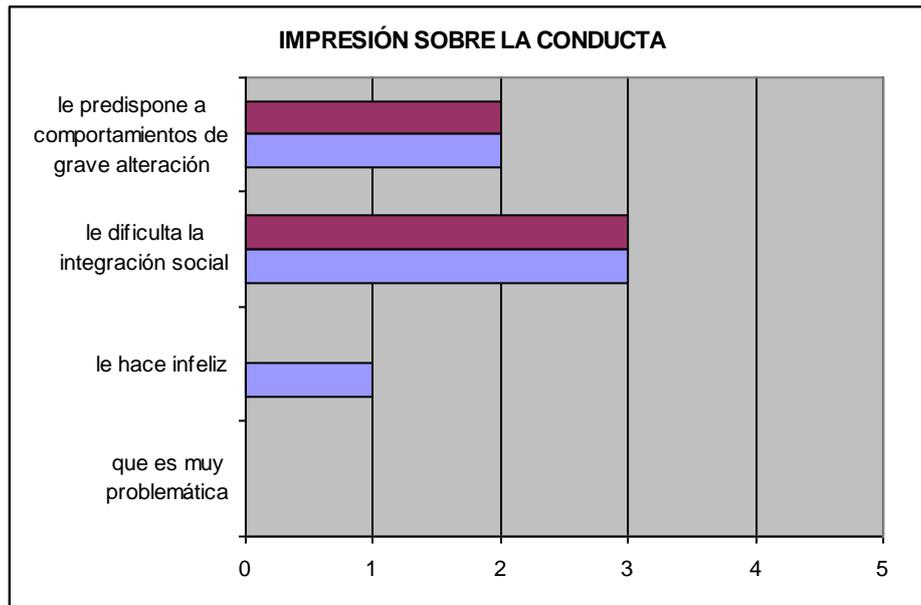


Figura 26: impresión de los profesionales sobre la conducta.

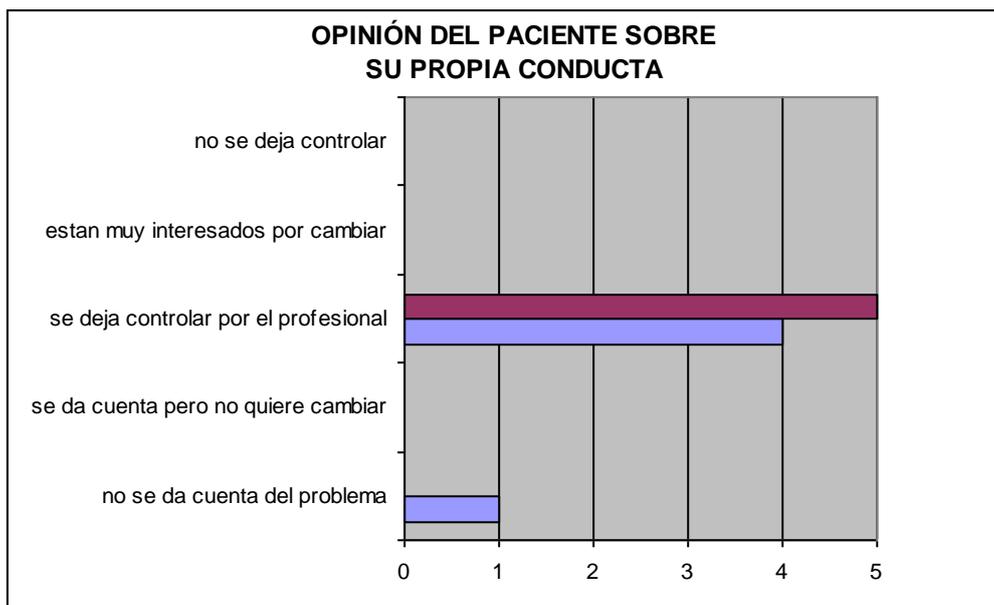


Figura 27: opinión del profesional sobre la consciencia por parte del sujeto de su problemática conductual.

f) Detección de posibles reforzadores:

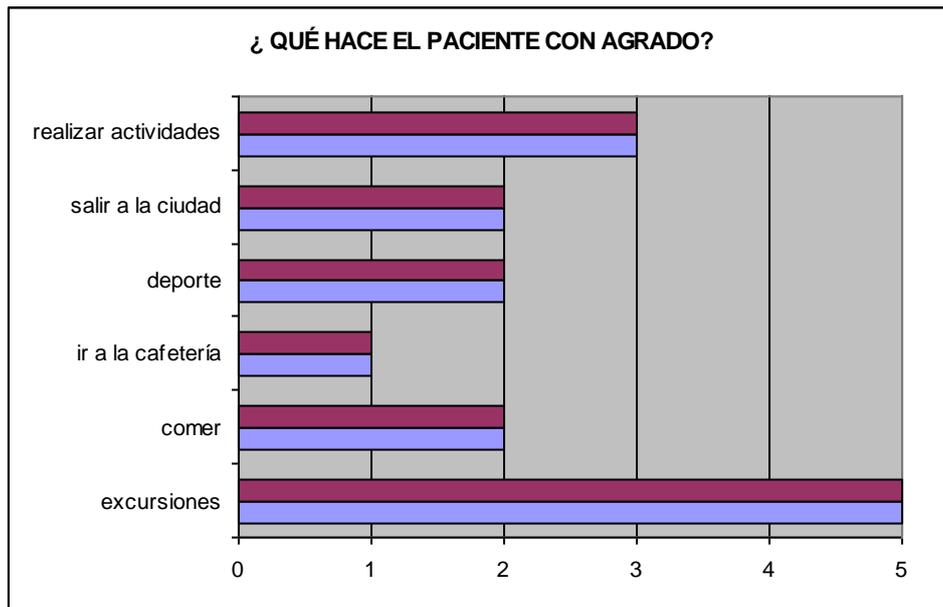


Figura 28: ¿qué hace el paciente con agrado?

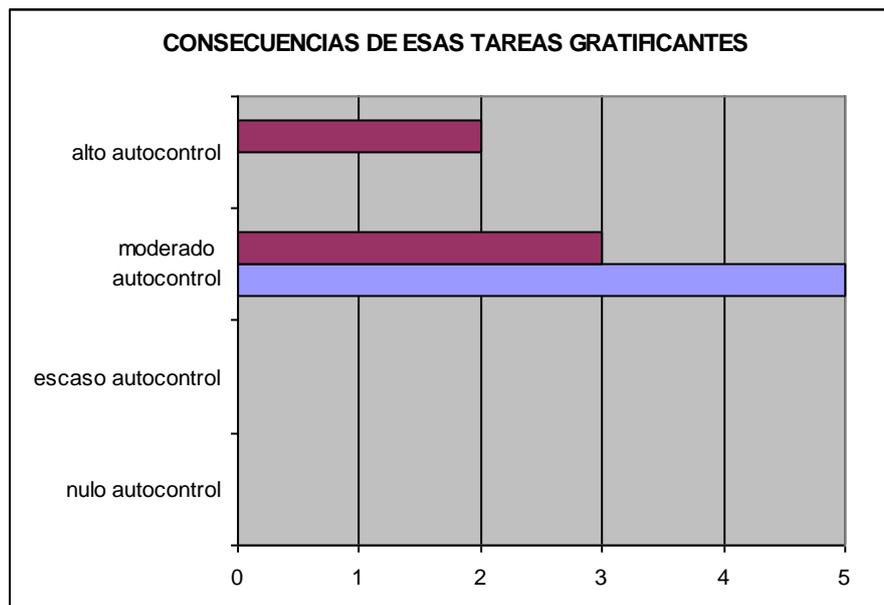


Figura 29: consecuencias de esas tareas gratificantes.

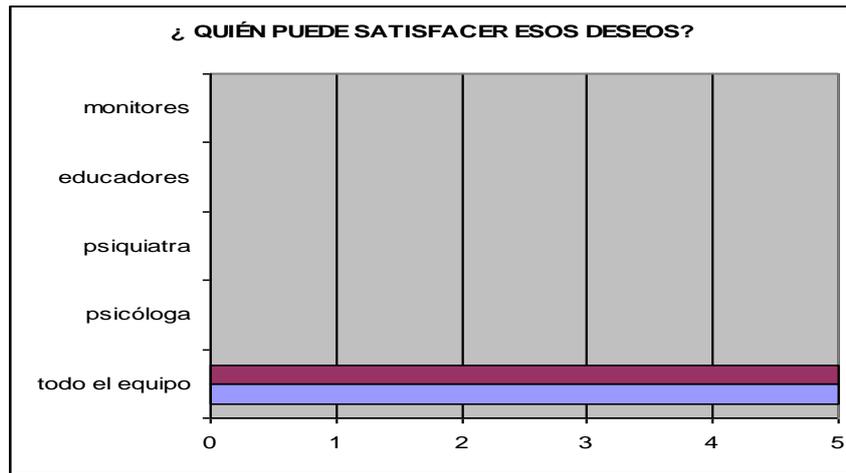


Figura 30: ¿Quién puede satisfacer esos deseos?

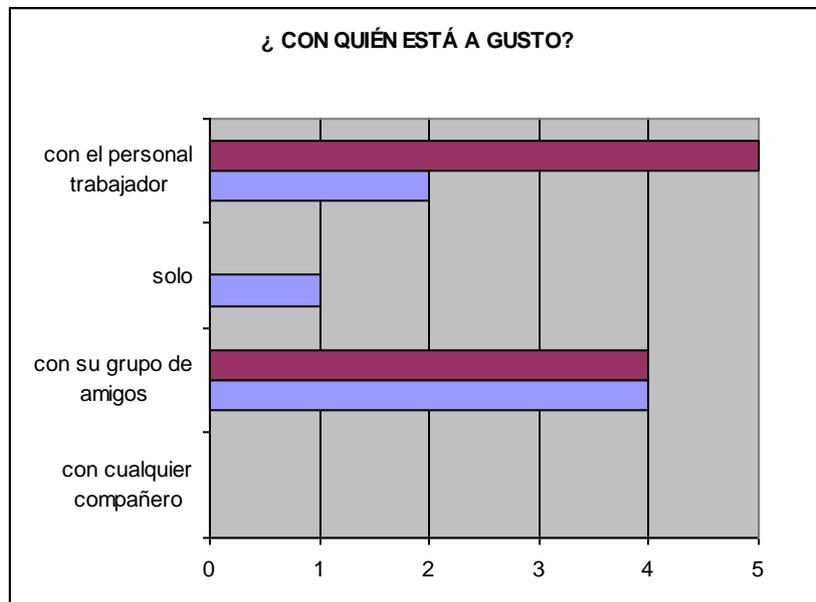


Figura 31: ¿Con quién está a gusto?

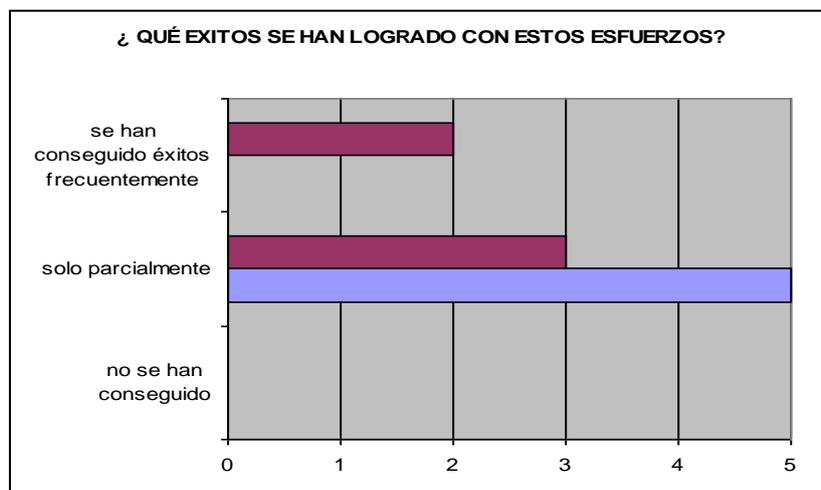


Figura 32: ¿Qué éxitos se han logrado con estos esfuerzos?

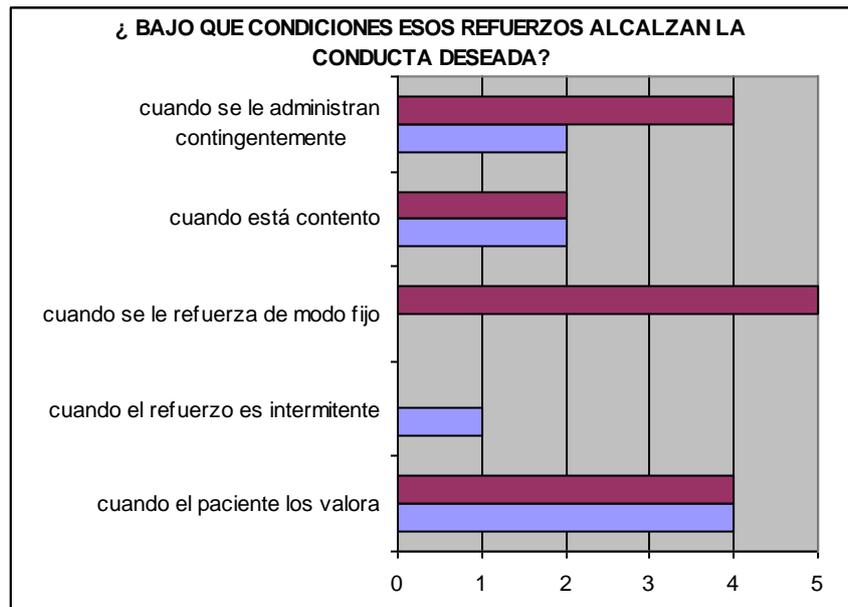


Figura 33: ¿Bajo qué condiciones esos refuerzos alcanzan la conducta deseada?

RESULTADOS DE LA HOJA DE REGISTRO DE LA CODUCTA- PROBLEMA

De igual manera que se ha presentado los resultados del cuestionario de análisis de la conducta problema dentro del aula, se va a representar gráficamente los resultados tras la medición de la conducta del sujeto durante dos semanas. Se ha utilizado el modelo de gráficas lineales comparativas.

Asimismo, se ha utilizado el color azul para referirnos a la evaluación inicial y el morado a la evaluación de logros transcurridos dos meses. El eje de abscisas corresponde al número de veces que se produce una conducta- problema. El eje de ordenadas al tipo de alteración conceptual o al lugar.

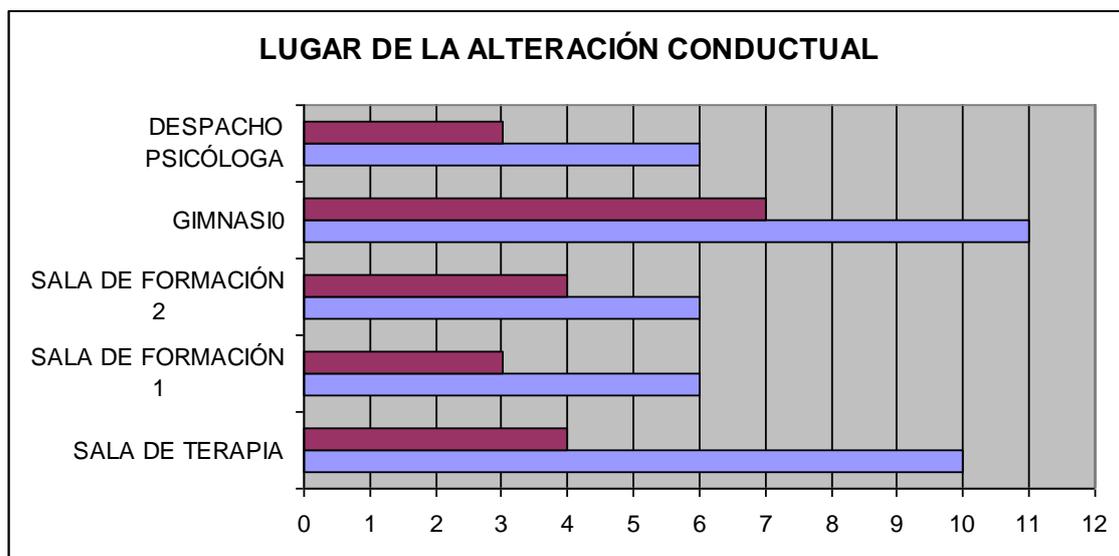


Figura 34: Lugar de la alteración conductual.

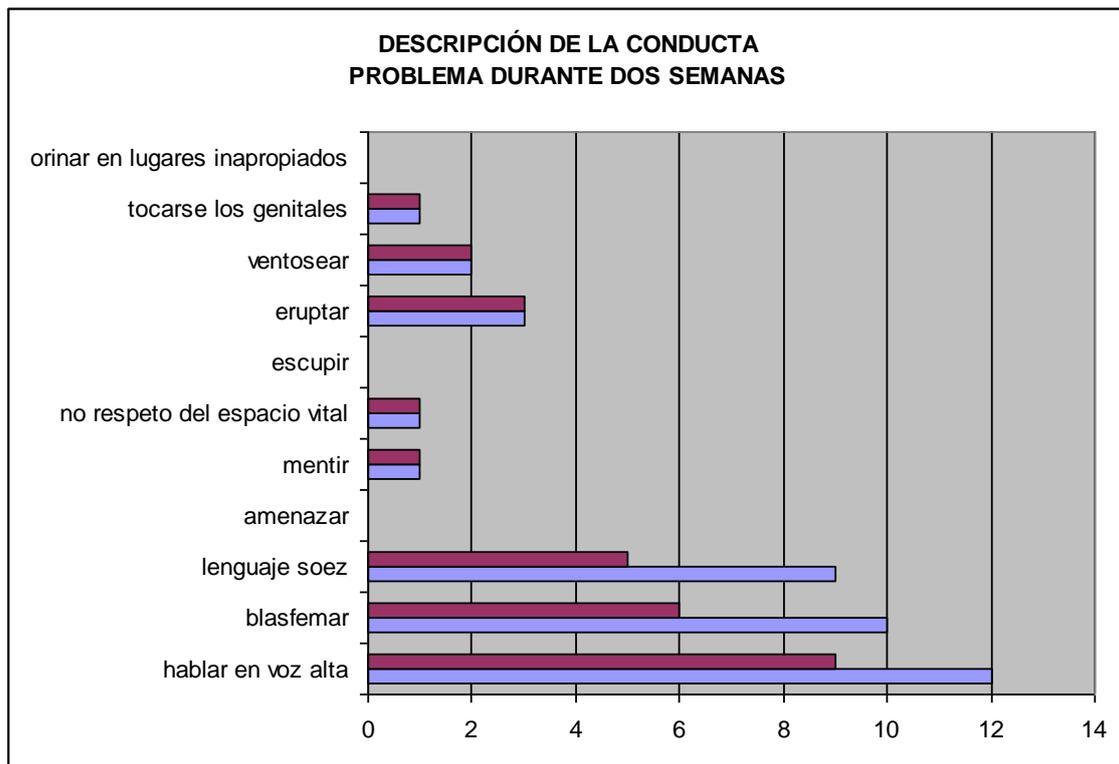


Figura 35: descripción de la conducta problema durante dos semanas.

CONCLUSIONES

Reunido equipo psico- educativo compuesto por: Psicóloga, E. Especial, Monitor Deportivo, Monitora Ocupacional y Educadora Social, se cumplimenta el **Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema dentro del aula.** A partir de los datos obtenidos extraemos las siguientes conclusiones:

- ♣ **Se ratifican los objetivos, estableciendo dar continuidad a los marcados al inicio del programa de intervención.**

Atendiendo a la consecución de objetivos, se han ido conseguido parcialmente en esta primera etapa buena parte de ellos, en concreto los referentes al lenguaje soez, blasfemias y las verbalizaciones en un tono de voz alto, ya que han disminuido dichas conductas, siendo menos frecuentes.

La disminución de la frecuencia se refleja en que éstas se producen dos veces a la semana en vez de tres, además, se ha experimentado un cambio positivo en la duración de las mismas.

De igual manera, se han extinguido las alteraciones conductuales ligadas a la conducta social ofensiva con una duración de 5 minutos o más. La apreciación general de los profesionales que intervenimos con el paciente es de que son algo intensas, siendo anteriormente catalogadas de bastante intensas.

- ♣ **Atendiendo a la exploración funcional, más en concreto, a las circunstancias previas, los datos obtenidos nos informan de que las condiciones en las que aparece la conducta- problema han cambiado positivamente.**

Ha disminuido la conducta social ofensiva en los tiempos de espera, es decir, anteriormente, cuando el paciente tenía que esperar para recibir atención, se sucedían gritos, blasfemias y lenguaje soez con la intención de ser atendido cuanto antes; pues bien, actualmente, esas alteraciones han disminuido, que no extinguido; de igual manera, disminuye significativamente, la conducta incorrecta del paciente ante la mala conducta de otro compañero.

En cuanto a la apreciación por parte de los profesionales sobre lo que ocurre antes de que aparezca la conducta problema, se constata que ha mejorado el comportamiento del protagonista de la intervención en su relación con el grupo de iguales (sobre todo destaca su buen comportamiento en las salidas psico- educativas) así como en el seguimiento de una instrucción.

Los profesionales del equipo psico-educativo nos hemos esforzado por recordarle las normas de la Unidad y en realizar más abordajes verbales positivos, incidiendo en los logros que el paciente ha ido consiguiendo y recordándole lo importante de conseguir mejorar su comportamiento. Para ello ha sido de gran utilidad el contrato de conducta y la técnica de

modificación de conducta “Economía de fichas”, ya que los todos los profesionales hemos podido hacer uso de ellas, por lo que el refuerzo era inmediato.

Como consecuencia este trabajo multidimensional y multiprofesional encontramos que se han producido cambios en los desencadenantes de la conducta problema: ya hemos mencionado antes que disminuyen las alteraciones comportamentales antes los tiempos de espera.

En el programa de intervención individual, con respecto a las consecuencias de mantener al paciente en espera de atención, apenas se han producido alteraciones comportamentales, ya que estos tiempos de espera han sido sumamente escasos. Estas situaciones se entrenaron mediante técnica de Roll- playing, obteniendo buenos resultados en la dramatización y posterior análisis del comportamiento.

Han disminuido las respuestas que apuntaban a una falta de atención, así como ante las dificultades de hacer una tarea, como origen de la conducta.

♣ Las consecuencias de la conducta- problema actualmente interfieren en menor medida en el desarrollo de la dinámica diaria del paciente, logrado en buena medida por una transversalidad en la metodología utilizada.

Destacar que después de la conducta social ofensiva, han cambiado las situaciones en las que aparece, siendo más llamativo que ante una mala conducta de un compañero, se han producido menos alteraciones conductuales, y por tanto, mayor autocontrol en el paciente.

En este aspecto, la línea de trabajo del equipo psico- educativo se ha centrado en los abordajes verbales basados en reflexiones con el paciente sobre las consecuencias de su conducta, además, dichas alteraciones se han ignorado. Todo esto es fruto de una transversalidad en la metodología utilizada.

♣ La actitud del paciente para con el equipo psico. educativo es más acertada, logrando con nosotros una alianza terapéutica que repercute en su comportamiento.

Todo esto se ve reflejado en que contesta de mejor manera a los profesionales que intervenimos con él, responde con menos insultos y las ocasiones en las que el paciente tomaba una actitud no colaboradora (se negaba a realizar la instrucción) son menos frecuentes.

♣ Los profesionales apuntan a que las ventajas que el paciente obtiene cuando mantiene una mala conducta han aumentado en algunos casos, sobre todo en cuanto que no realiza la tarea al no recibir atención.

Para superar esta dificultad, el equipo psico- educativo aumentará los refuerzos verbales positivos para que realice la instrucción cuando su comportamiento haya mejorado.

♣ El paciente ha interiorizado que su buen comportamiento va ligado a actividades gratificantes.

Como consecuencias de la técnica utilizada “economía de fichas”, el paciente obtiene refuerzo inmediato cuando realiza la conducta deseada, por lo que se han producido un mayor

número de veces; de igual manera, el paciente comprende y así lo verbaliza, que de no ser su comportamiento el adecuado, no podrá recibir su recompensa.

♣ **Se han producido cambios en el modo de ocurrir la conducta problema, siendo llamativo la bajada de intensidad y frecuencia de las mismas.**

Por otra parte, se han producido cambios en su vida, ya que desde hace dos semanas, éste disfruta de un permiso vacacional con su madre de dos meses de duración su domicilio familiar.

Este acontecimiento es nuevo en su vida, ya que esas estancias en el hogar nunca habían sido tan largas después de su ingreso en la Unidad.

Estos permisos, vienen dados previo consentimiento del psiquiatra con el asesoramiento de la psicóloga, la cual ha dado el visto bueno a esta estancia más larga de lo habitual en el domicilio familiar, en buena medida, por los resultados obtenidos tras la intervención individual con el paciente.

♣ **El paciente toma también como referente conductual a los profesionales del equipo psico- educativo.**

Sigue imitando a su grupo de iguales, no obstante, se observa que el protagonista de la intervención interioriza comportamientos por imitación. Esto se refleja en que se constata que corrige a otros compañeros, con los mismos argumentos que utilizamos los profesionales para abordarle a él. Por ejemplo, suele recordar las normas de la Unidad si algún compañero no las cumple, anima a los compañeros a acudir a las aulas si son llamados, etc.

♣ **Los esfuerzos por cambiar en el paciente son evidentes, fruto de la consecución de premios ante la conducta deseada.**

Destacar que aumentan notablemente los niveles de atención- concentración, realizando mejor las tareas. Han mejorado las evaluaciones en las distintas actividades en las que el paciente está incluido.

♣ **Opinamos que se muestra más contento cuando está con los profesionales, encontrándose más receptivo al abordaje verbal, colaborador y comunicativo.**

Por otra parte, se facilitó a los profesionales de nuevo la **HOJA DE REGISTRO DE LA CONDUCTA PROBLEMA**, para que midiesen la conducta social ofensiva que presentaba el paciente durante dos semanas. A continuación, se exponen las conclusiones a corto plazo:

♣ **Es significativo que el mayor número de alteraciones conductuales se producen en la sala de terapia, el gimnasio.**

Esto responde, a que las tareas grupales (toda actividad física así como talleres creativos) son llevadas en la *sala de terapia y el gimnasio*.

Hay que destacar que durante el desarrollo de la intervención individual con el paciente, apenas se producen alteraciones conductuales ligadas a la conducta social ofensiva, entendiéndose que esto se debe a que la intervención es individual así como a la falta de momentos en los que el paciente tenga que esperar para ser atendido.

♣ **Con respecto a la metodología utilizada, y dados los resultados obtenidos, se acuerda seguir trabajando en la misma línea, manteniendo los mismos objetivos marcados en un principio.**

♣ **No es necesario incluir recursos nuevos se acuerda que los contemplados son beneficiosos para el paciente, centro de nuestro trabajo.**

POR TODO ESTO, SE ESTIMA QUE LA LÍNEA DE TRABAJO SEGUIDA ES LA ADECUADA, LO CUAL VIENE AVALADO POR LOS RESULTADOS POSITIVOS EN LOS CUESTIONARIOS Y HOJA DE REGISTRO UTILIZADA.

Dados los resultados obtenidos, se acuerda incluir como mejora en el programa de intervención, la realización de un **CUESTIONARIO DE ANÁLISIS DE LA CONDUCTA FUERA DEL AULA.**

Este cuestionario nos servirá para medir el impacto de la intervención educativa con el paciente en la Unidad, si ha existido o no y de qué manera, una generalización en otros contextos de las habilidades sociales adquiridas.

Dicho cuestionario se realizará a cuatro profesionales de la Unidad tomados como representación del personal que interviene con el paciente a otros niveles, teniendo en cuenta que estos profesionales elegidos trabajan con el paciente más de dos veces diarias.

♣ **Coordinadora**

♣ **Trabajadora social**

♣ **Dos auxiliares**

A la finalización del programa de intervención, se realizará de nuevo para analizar la eficacia de dicho programa sobre el paciente objeto de intervención.

No ha sido posible llevar a cabo esta medición de la conducta a estudio fuera del aula, ya que el sujeto se encuentra disfrutando de un período vacacional. El equipo psico-educativo acuerda realizarlo al regreso de su estancia en el hogar, tras un periodo de acomodación a la dinámica de la Unidad, tiempo estimado de un mes, para evitar sesgos en la toma de información

Se adjuntan cuestionario de análisis de la conducta problema fuera del aula (ver Anexo 6) .

REFLEXIÓN FINAL

A lo largo de todo mi desempeño profesional como educadora social, y en concreto, a través de este TRABAJO FIN DE GRADO, he profundizado en el tema de la discapacidad mental y las alteraciones conductuales que, en muchos casos, lleva implícito.

Éste ámbito de actuación, el de la discapacidad mental, es complejo y extenso, ya que la problemática de este tipo de colectivo así como sus desajustes emocionales hacen que el educador social deba de ser un profesional en continua actualización.

Por esto, he comprendido que debemos desempeñar nuestro rol profesional bajo la perspectiva de la **formación continua**, ya que los ámbitos de actuación en los que vamos a desempeñar nuestro rol profesional son, con toda seguridad, muy amplios y variados.

Claramente, a través de la **formación específica**, llegaremos ser profesionales preparados en aquellos puntos concretos que requieran de nuestra atención, para tener la capacidad de diseñar, ejecutar y evaluar, entre otras funciones, planes, programas y proyectos de diversa índole, por lo que debemos tener la formación pedagógica, psicológica y sociológica adecuada y, por supuesto, actualizada.

De igual manera, se hace muy importante mantener al día nuestros **conocimientos acerca de las nuevas tecnologías**, recurso que utilizaremos con frecuencia, ya sea para intervenir con colectivos menores de edad o adultos.

Trabajar en equipo, aceptar las correcciones, pedir consejo, saber escuchar y aprender a rectificar, constituyen el camino que debemos tomar para poder llevar a cabo esta tarea, de otra manera, no es posible alcanzar los objetivos propuestos.

Utilizar **destrezas sociales** como la EMPATÍA resulta fundamental para comprender las necesidades de la persona o colectivo a intervenir, sin la cuales no sería posible reconocer, comprender y apreciar la problemática objeto de nuestra actuación. Conocer y asumir en todo momento, el compromiso ético que adquirimos con este título, teniendo presente el **código deontológico**, será la manera de actuar con integridad ante las problemáticas sociales con las que nos pudiésemos encontrar.

Esta formación, continua y específica, nos servirá de base para **hacernos valer como profesionales**, ya que otro de los problemas a los que deberemos enfrentarnos como educadores sociales es el desconocimiento, que persiste actualmente, a cerca de esta titulación, que en muchas ocasiones se ve solapada por otras con las que compartimos competencias y que por sus características históricas, han tenido más relevancia en políticas sociales.

Este proyecto, que aún no ha finalizado, ha sido una experiencia gratificante, ya que ha supuesto poner en práctica todos mis conocimientos, procedimientos y actitudes adquiridos en la titulación para poder **intervenir terapéuticamente** desde un punto de vista integral, para

mejorar la CALIDAD DE VIDA de una persona, lo que me hace mantener la ilusión y las ganas de poner en práctica todo lo que sé, lo que se hacer y lo que soy capaz de ser.

La realización de este trabajo ha abierto ante mí nuevos horizontes en el ámbito de la discapacidad intelectual, preparándome para un mejor desempeño de mis competencias como educadora social. De buen seguro me servirá para seguir formándome y mejorando con la perspectiva de seguir desarrollando mi carrera profesional de la mejor manera posible.

BIBLIOGRAFÍA

LISTA DE REFERENCIAS:

- ❖ Bandura, Albert (2002). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid. Alianza Editorial.
 - ❖ Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
 - ❖ Miller A, George (2008), *Introducción a la Psicología*. Madrid. Alianza Editorial.
 - ❖ Monjas, M. I. (1993). *Programa de entrenamiento en habilidades de interacción social (PEHIS)*. Salamanca: Trilce.
 - ❖ Montero, D. (1999) *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con Discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Madrid. Mensajero, S.A. Unipersonal.
 - ❖ Paula Pérez, I., y Garanto, J. (2001). *Comprender las habilidades sociales en la educación*. Buenos Aires: Fundec.
 - ❖ Segura, M. (2001). *Habilidades sociales*. Madrid: Ramón Areces.
 - ❖ UNESCO, *Informa de la UNESCO sobre la educación en el S. XXI presidida por Jacques Delors*.
 - ❖ Verdugo, M.A. (1989/1997). *Programa de Habilidades Sociales (PHS). Programas Conductuales Alternativos*. Salamanca: Amarú.
 - ❖ Verdugo, M.A. (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. IV Jornadas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Salamanca: Amarú.
 - ❖ Valletuti, Michael J. . (1983). *Comunicación y socialización*. Barcelona. Fontanella.
 - ❖ Vallés Arándiga, Antonio (2011), *Cuadernos de recuperación y refuerzo del plano psicoafectivo. Método EOS, Programa de refuerzo de las Habilidades Sociale Volumen I, II, III*. Valencia. Promolibro.
- http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF (Consulta: 7 de marzo de 2012)
- ❖ *Diccionario de sinónimos*,
<http://www.wordreference.com/sinonimos/jugar> (Consulta durante todo el desarrollor del Trabajo fin de Grado).

ANEXOS

ANEXO 1

VALORACIÓN DE COMPETENCIAS EDUCATIVAS RESULTADOS

Observaciones: el paciente muestra buena disposición para realizar la prueba.

Sabe leer y escribir. Su lectura es silábica, sin entonación, no respetando puntos y comas. Escasa capacidad comprensiva.

En cuanto a la producción escrita, necesita la guía verbal para realizar frases, destacando que en lugar de . escribe ./ , ya que a la hora de leer lo que ha escrito, se sirve de estos símbolos para saber que tiene que realizar una pausa.

En cuanto a sus conocimientos numéricos, sabe leer y escribir aproximadamente hasta el 100. Presenta dificultad para realizar operaciones aritméticas, tan sólo realiza sumas sin llevada y con apoyo gráfico o utilización del ábaco. Lo mismo para la resta. No sabe multiplicar y dividir. No es capaz de realizar problemas ni de aplicar las operaciones aritméticas apropiadas.

Conoce las momeadas y billetes vigentes, pero necesita guía verbal y física para resolver problemas con ellos.

Conoce las horas de reloj y las asocia a las actividades cotidianas, así como las unidades de tiempo (días de la semana, meses del año, etc.

Necesita guía física para utilizar las herramientas educativas y localizar en el mapa. Reconoce las diferentes partes del cuerpo y conoce los medios de comunicación, prensa diaria y otras publicaciones..

Manifiesta que sabe utilizar el ordenador: encender y apagar, escribir un texto.

Verbaliza que lo que más le gusta es salir de excursión y que le gusta venir a clase. También le gusta leer, el ordenador, le interesa aprender a manejar el dinero y le encanta el fútbol.

ANEXO 2

	08:00 – 09:00	09:00 – 09:30	10:00 – 10:45	10:45 – 11:30	11:30 – 12:15	12:45 – 13:30	15 – 16	16:30 – 17	17 – 18:30	TARDE
VIER.				Educación Vial	Educación Vial	Educación Para el Consumo				Comedor
SABA.	Ducha Cama	Afeitado Comedor								
DOML.	Ducha Cama	Afeitado Comedor								
LUNES	Ducha Cama	Afeitado Comedor	Comedor Dientes Gimnasio	Gimnasio	Educación Curricular	Educación Curricular	Dientes	Fútbol	Fútbol	Comedor
MART.	Ducha Cama	Afeitado Comedor	Comedor Dientes		Educación Curricular	Educación Curricular	Dientes		Ordenador	Comedor
MIER.	Ducha Cama Piscina	Afeitado Piscina Comedor	Comedor Dientes		Educación Curricular	Educación Curricular	Dientes	Fútbol	Fútbol	Comedor
JUEV.	Ducha Cama	Afeitado Comedor	Comedor Dientes				Dientes	Fitness	Talleres Creativos	Comedor
VIER.	Ducha Cama	Afeitado Comedor	Comedor Dientes							

HORARIO DE ACTIVIDADES

ANEXO 3

Sofía Bahillo

CONTRATO DE CONDUCTA

Yo, xxxx, paciente de la Unidad Padre Celedonio, soy capaz y así lo voy a demostrar, de realizar estas tres conductas en clase:

- Hablar en voz baja.
- No insultar a nadie.
- No decir palabras mal sonantes.

Realizando estas conductas ganaré fichas canjeables por excursiones.

Estas fichas se las enseñaré dos veces a la semana.

Estoy dispuesto a cumplir este contrato y por esto lo firmo y escribo mi nombre junto al de los educadores y psicóloga.

Me comprometo a conseguir 3 fichas a la semana.

El paciente.

Los educadores.

La Psicóloga.

2012

Sofía Bahillo

Cuestionario de análisis funcional de la conducta problema en el aula

Datos personales:

Apellidos y nombre:

Profesión:

1.- Descripción de la conducta- problema que presenta dentro del aula o en psicoterapia.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> comportamientos que molestas o son ofensivos para otros. | <input type="checkbox"/> no respete del espacio físico |
| <input type="checkbox"/> hablar en voz alta | <input type="checkbox"/> escupir |
| <input type="checkbox"/> blasfemar | <input type="checkbox"/> eructar |
| <input type="checkbox"/> lenguaje soez | <input type="checkbox"/> ventosear |
| <input type="checkbox"/> amenazar | <input type="checkbox"/> tocarse los genitales |
| <input type="checkbox"/> mentir | <input type="checkbox"/> orinar en lugares inapropiados. |

2.- Características topográficas:

a) frecuencia (número de veces que ocurre durante una actividad o psicoterapia)

1 vez / día	21vez / día	3 vez / día	4vez / día

b) duración:

1min	3min	5min	10min	15min

c) intensidad:

casi nada	algo	bastante	mucho

Exploración funcional:

A) circunstancias previas:

¿En que situaciones aparece la conducta problemática?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> al recibir una instrucción | <input type="checkbox"/> ante una mala conducta de otro compañero |
| <input type="checkbox"/> al realizar la tarea | <input type="checkbox"/> ante tiempo de espera |
| <input type="checkbox"/> al recontarle las normas | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> al abordar a otro paciente | <input type="checkbox"/> _____ |

¿Qué hace el profesional en el momento de que aparezca la conducta problema?

¿Que otras cosas está haciendo el paciente en ese momento?

¿Qué ocurre inmediatamente antes de que aparezca la conducta- problema?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> le provoca un compañero | <input type="checkbox"/> se aburre |
| <input type="checkbox"/> recibe un empujón | <input type="checkbox"/> lo provocan |

2012

Sofia Bahillo

- se aborda a otro paciente
- se le da una instrucción

- tiene dificultades para seguir una instrucción
- la tarea es grupal

¿Existe algún acontecimiento en particular que pueda ser el desencadenante de la conducta problema?

- la provocación de un compañero
- dificultad en la tarea
- bromas pesadas
- no se detecta
- pérdida de la atención
- juegos violentos
- burlas
- tiempos de espera

¿Qué ocurre inmediatamente después?

- grita
- realiza mal la tarea
- conducta no colaboradora
- se sale del aula
- se calla
- responde con insultos
- emborriona o ensucia la tarea
- contesta al educador

B) consecuencias...:

La psicóloga/ educadora/ monitor/a:

- lo ignora
- lo aísla (t. fuera)
- lo reprende
- abordaje verbal
- retirada de privilegios.
- le manda fuera del aula/despacho
- se le llama la atención
- le sonríe
- le hace una reflexión
- se altera emocionalmente
- lo enviamos a la psicóloga

Otros pacientes que se encuentran con el en el aula/ despacho:

- lo ignoran
- responden a la agresión
- lo rechazan
- lo corrigen
- le sonrien
- se burlan
- lo insultan
- se " alían" con él

¿Cuál son las desventajas que el paciente logra con su comportamiento?

- hace la tarea mal
- aburrirse
- ser rechazado totalmente
- perder la atención del profesional
- quedarse sin tareas gratificantes
- estar solo
- daño físico
- perder la relación con los compañeros
- tener tarea pendiente
- deteriorarse su autoestima
- _____

2012

Sofía Bahillo

¿Cuál son las ventajas que el paciente logra con su comportamiento?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> se siente a gusto | <input type="checkbox"/> tener excusa para no estudiar |
| <input type="checkbox"/> no realizar la tarea | <input type="checkbox"/> obtiene atención |
| <input type="checkbox"/> apropiarse de objetos ajenos | <input type="checkbox"/> hacerse notar |
| <input type="checkbox"/> imponerse a los demás | <input type="checkbox"/> aumento de su autoestima |
| <input type="checkbox"/> ninguna | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> obtener un nuevo objeto | <input type="checkbox"/> _____ |

¿Qué consecuencia tiene la conducta- problema en su vida en general?

- se siente feliz
- mejora su imagen social
- se siente rechazado
- se siente infeliz
- se siente querido o integrado en su grupo

C) Génesis:

¿Cómo aparecen normalmente las conducta social- ofensivas?

- espontáneamente
- intermitentemente
- paulatinamente
- _____

¿En qué circunstancias?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> al aumentar la exigencia de la tarea | <input type="checkbox"/> al recibir atención |
| <input type="checkbox"/> al aumentar/ reducir el nº de pacientes en clase | <input type="checkbox"/> expectativa de ser atendido |
| <input type="checkbox"/> se desconoce | <input type="checkbox"/> inducido por los compañeros |
| <input type="checkbox"/> tiempos de espera | |

¿Parece el alumno imitar modos de acción de otras personas?

- si
- no
- a veces
- ¿de quién? _____
- ¿que modos? _____

¿Ha habido cambio en el modo de ocurrir la conducta – problema?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| <input type="checkbox"/> mayor frecuencia | <input type="checkbox"/> menos frecuencias |
| <input type="checkbox"/> mayor duración | <input type="checkbox"/> menos duración |
| <input type="checkbox"/> mayor intensidad | <input type="checkbox"/> menos intensidad |

2012

Sofía Bahillo

¿Ha habido cambios biológicos, psicológicos o ambientales concomitantes?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> enfermedades |
| <input type="checkbox"/> crisis de crecimiento | <input type="checkbox"/> modo de ver las cosas |
| <input type="checkbox"/> accidentes | <input type="checkbox"/> cambios de actividades |
| <input type="checkbox"/> c cambios de amigos | <input type="checkbox"/> cambios familiares |
| <input type="checkbox"/> cambios de centro | |
| <input type="checkbox"/> no | |

¿Cómo han influido esos cambios?

- positivamente
 negativamente
 no sabe

D) Intentos de control:

¿Que se ha intentado en la unidad para que el paciente se comporte de dicha manera?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> objetivos PIR | <input type="checkbox"/> aplicar reforzadores a conductas adaptativas-alternativas |
| <input type="checkbox"/> elaboración de pauta | <input type="checkbox"/> abordaje de psicóloga-psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> favorecer permisos familiares | <input type="checkbox"/> favorecer situaciones que mejoren su adaptabilidad: act. prel. act. concretas, etc. |
| <input type="checkbox"/> mediar en los conflictos | |
| <input type="checkbox"/> mantener entrevistas con el paciente | |

¿Durante cuanto tiempo?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> un día | <input type="checkbox"/> alguna semana |
| <input type="checkbox"/> 2 meses | <input type="checkbox"/> 1 meses |
| <input type="checkbox"/> 1 semana | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Desde el ingreso | _____ |

¿Ha dado algunos resultados?

- si
 parcialmente
 ha disminuido la frecuencia de aparición
 ha disminuido la intensidad
 ha disminuido su duración

¿Se ha intentado alguna otra cosa para cambiar la conducta problema?

¿Se han observado intentos por cambiar en el propio paciente?

2012

Sofía Bahillo

- se esfuerza por cambiar
- se esfuerza cuando se dan las siguientes circunstancias _____
- _____
- no se esfuerza por cambiar

¿De qué naturaleza han sido y que resultados se han obtenido?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> permanecer tranquilo | <input type="checkbox"/> moderar la conducta social ofensiva | <input type="checkbox"/> cambiar el tipo de insultos |
| <input type="checkbox"/> estar callado | <input type="checkbox"/> mejorar la atención-concentración | <input type="checkbox"/> imitar un nuevo modelo |
| <input type="checkbox"/> contener la agresión física | <input type="checkbox"/> concentrarse | <input type="checkbox"/> se evade con otros temas |
| <input type="checkbox"/> llamar la atención de otro modo | <input type="checkbox"/> contener la risa | <input type="checkbox"/> aumentar su comunicación |

E) Contexto cognitivo:

¿Qué opiniones y actitudes se sustentan sobre la conducta problemática en particular y sobre el paciente en general?

- que es muy problemática
- le hace infeliz
- de dificulta la integración social
- le predispone a comportamientos de grave alteración

¿Qué opiniones ha manifestado el alumno acerca de su propia conducta? ¿Y los intentos de control del profesional?

- no se da cuenta del problema
- se da cuenta pero no quiere cambiar
- se deja controlar por el profesional
- están muy interesado por cambiar
- no se deja controlar

F) Detección de posibles reforzadores:

¿Qué hace el paciente con agrado?

¿Cuales son las consecuencias de esas tareas o actividades?

- Nulo autocontrol
- Escaso autocontrol
- Moderado autocontrol
- Alto autocontrol

¿Quién puede satisfacer esos deseos?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Todo el equipo. | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Psicóloga | <input type="checkbox"/> Educadores |

2012

Sofía Bahillo

Monitores

¿Con quien está a gusto?

con cualquier compañeros

con su grupo de amigos

solo

con el personal

¿Qué éxitos se han logrado con estos refuerzos?

no se han conseguido

solo parcialmente

se han conseguido éxitos frecuentemente

¿Bajo que condiciones alcanzan estos refuerzos una conducta deseada?

cuando el paciente os valora

cuando el refuerzo es intermitente.

cuando se le refuerza de modo fijo

cuando está contento

cuando se le administran contingentemente

Unidad Padre Celedonio

SOFÍA BAHILLO

REGISTRO DE LA APARICIÓN DE UNA CONDUCTA- PROBLEMA: *conducta social- ofensiva*

Datos del paciente:

Nombre:

Edad:

SEMANA DEL ----- AL ----- DE 2012

LUGAR	HORA	CIRCUNSTANCIAS PREVIAS A LA APARICIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA PROBLEMA	REACCIONES DEL PROFESIONAL	REACCIÓN DEL PACIENTE ANTE EL ABORDAJE.

2012

Sofía Bahillo

**Cuestionario de análisis funcional
de la conducta problema fuera del aula**

Datos personales:

Apellidos y nombre:

Profesión:

Puntuación de 0 a 5 (0 nada- 5 mucho)

1.- Descripción de la conducta- problema que presenta dentro del aula o en psicoterapia.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> comportamientos que molestas o son ofensivos para otros. | <input type="checkbox"/> no respete del espacio físico |
| <input type="checkbox"/> hablar en voz alta | <input type="checkbox"/> escupir |
| <input type="checkbox"/> blasfemar | <input type="checkbox"/> eructar |
| <input type="checkbox"/> lenguaje soez | <input type="checkbox"/> ventosear |
| <input type="checkbox"/> amenazar | <input type="checkbox"/> tocarse los genitales |
| <input type="checkbox"/> mentir | <input type="checkbox"/> orinar en lugares inapropiados. |

2.- Características topográficas:

a) frecuencia (número de veces que ocurre durante una actividad o psicoterapia)

1 vez / día	21 vez / día	3 vez / día	4 vez / día

b) duración:

1min	3min	5min	10min	15min

c) intensidad:

casi nada	algo	bastante	mucho

Exploración funcional:

A) circunstancias previas:

¿En que situaciones aparece la conducta problemática?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> al recibir una instrucción | <input type="checkbox"/> ante una mala conducta de otro compañero |
| <input type="checkbox"/> al realizar la tarea | <input type="checkbox"/> ante tiempo de espera |
| <input type="checkbox"/> al recontarle las normas | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> al abordar a otro paciente | _____ |

¿Qué hace el profesional en el momento de que aparezca la conducta problema?

¿Que otras cosas está haciendo el paciente en ese momento?

¿Qué ocurre inmediatamente antes de que aparezca la conducta- problema?

2012

Sofía Bahillo

- le provoca un compañero
- recibe un empujón
- se aburre
- lo provocan
- se aborda a otro paciente

- se le da una instrucción
- tiene dificultades para seguir una instrucción
- la tarea es grupal

¿Qué ocurre inmediatamente después?

- grita
- realiza mal la tarea
- conducta no colaboradora
- se sale del aula
- se calla

- responde con insultos
- emborriona o ensucia la tarea
- contesta al educador

B) consecuencias...:

El profesional:

- lo ignora
- lo aísla (t. fuera)
- lo reprende
- abordaje verbal
- retirada de privilegios.
- le manda fuera del aula/despacho

- se le llama la atención
- le sonríe
- le hace una reflexión
- se altera emocionalmente
- lo enviamos a la psicóloga

Otros pacientes que se encuentran con él:

- lo ignoran
- responden a la agresión
- lo rechazan
- lo corrigen

- le sonríen
- se burlan
- lo insultan
- se " alían" con él

¿Cuál son las desventajas que el paciente logra con su comportamiento?

- hace la tarea mal
- aburrirse
- ser rechazado totalmente
- perder la atención del profesional
- quedarse sin tareas gratificantes
- estar solo

- daño físico
- perder la relación con los compañeros
- tener tarea pendiente
- deteriorarse su autoestima
- _____

¿Cuál son las ventajas que el paciente logra con su comportamiento?

- se siente a gusto
- no realizar la instrucción

- apropiarse de objetos ajenos

2012

Sofía Bahillo

- imponerse a los demás
- ninguna
- obtener un nuevo objeto
- tener excusa para no estudiar

- obtiene atención
- hacerse notar
- aumento de su autoestima
- _____

¿Qué consecuencia tiene la conducta- problema en su vida en general?

- se siente feliz
- mejora su imagen social
- se siente rechazado
- se siente infeliz
- se siente querido o integrado en su grupo

C) Génesis:

¿Cómo aparecen normalmente las conducta social- ofensivas?

- espontáneamente
- intermitentemente
- paulatinamente
- _____

¿Parece el alumno imitar modos de acción de otras personas?

- sí
- no
- a veces
- ¿de quién? _____
- ¿que modos? _____

¿Ha habido cambio en el modo de ocurrir la conducta – problema?

- sí
- mayor frecuencia
- mayor duración
- mayor intensidad
- no
- menos frecuencias
- menos duración
- menos intensidad

¿Ha habido cambios biológicos, psicológicos o ambientales concomitantes?

- sí
- crisis de crecimiento
- accidentes
- cambios de amigos
- cambios de centro
- no
- enfermedades
- modo de ver las cosas
- cambios de actividades
- cambios familiares

¿Cómo han influido esos cambios?

- positivamente
- negativamente
- no sabe

D) Intentos de control:

¿Que se ha intentado en la unidad para que el paciente se comporte de dicha manera?

- objetivos PIR
- elaboración de pauta

2012

Sofía Bahillo

- favorecer permisos familiares
- mediar en los conflictos
- mantener entrevistas con el paciente
- aplicar reforzadores a conductas adaptativas-alternativas

- abordaje de psicóloga-psiquiatra
- favorecer situaciones que mejoren su adaptabilidad: act. prel. act. concretas, etc.

¿Durante cuanto tiempo?

- un día
- 2 meses
- 1 semana
- Desde el ingreso
- alguna semana
- 1 meses
- _____

¿Ha dado algunos resultados?

- si
- parcialmente
- ha disminuido la frecuencia de aparición
- ha disminuido la intensidad
- ha disminuido su duración

¿Se han observado intentos por cambiar en el propio paciente?

- se esfuerza por cambiar
- se esfuerza cuando se dan las siguientes circunstancias _____
- no se esfuerza por cambiar

¿De qué naturaleza han sido y que resultados se han obtenido?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> permanecer tranquilo | <input type="checkbox"/> moderar la conducta social ofensiva | <input type="checkbox"/> cambiar el tipo de insultos |
| <input type="checkbox"/> estar callado | <input type="checkbox"/> mejorar la atención-concentración | <input type="checkbox"/> imitar un nuevo modelo |
| <input type="checkbox"/> contener la agresión física | <input type="checkbox"/> concentrarse | <input type="checkbox"/> se evade con otros temas |
| <input type="checkbox"/> llamar la atención de otro modo | <input type="checkbox"/> contener la risa | <input type="checkbox"/> aumentar su comunicación |

E) Contexto cognitivo:

¿Qué opiniones y actitudes se sustentan sobre la conducta problemática en particular y sobre el paciente en general?

- que es muy problemática
- le hace infeliz
- de dificulta la integración social

2012

Sofía Bahillo

le predispone a comportamientos de grave alteración
¿Qué opiniones ha manifestado el paciente acerca de su propia conducta? ¿Y los intentos de control del profesional?

- no se da cuenta del problema
- se da cuenta pero no quiere cambiar
- se deja controlar por el profesional
- están muy interesados por cambiar
- no se deja controlar

**F) Detección de posibles reforzadores:
¿Qué hace el paciente con agrado?**

¿Cuales son las consecuencias de esas tareas o actividades?

- Nulo autocontrol
- Escaso autocontrol
- Moderado autocontrol
- Alto autocontrol

¿Quién puede satisfacer esos deseos?

- Todo el equipo.
- Psicóloga
- Psiquiatra
- Educadores
- Monitores

¿Con quien está a gusto?

- con cualquier compañeros
- con su grupo de amigos
- solo
- con el personal

¿Qué éxitos se han logrado con estos refuerzos?

- no se han conseguido
- solo parcialmente
- se han conseguido éxitos frecuentemente

¿Bajo que condiciones alcanzan estos refuerzos una conducta deseada?

- cuando el paciente os valora
- cuando el refuerzo es intermitente.
- cuando se le refuerza de modo fijo
- cuando está contento
- cuando se le administran contingentemente