



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

TÍTULO DE LA TESINA:

**LA TERAPIA CONDUCTUAL EN EL COMPORTAMIENTO
SEXUAL DE LOS ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE
DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO” DE LA
CIUDAD DE RIOBAMBA, PERÍODO ENERO - ABRIL 2012.**

**Autores: DIEGO SILVA VALDIVIESO
PEDRO YUMISACA VIMOS**

Tutora: DRA. ROCÍO TENEZACA

Riobamba, Noviembre 2012

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros, Diego Silva y Pedro Yumisaca, declaramos que somos responsables de las ideas, doctrinas, resultados y propuestas expuestas en el presente trabajo de investigación, y el patrimonio intelectual de la tesis de grado, en Psicología Clínica le pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

RECONOCIMIENTO

Dedicamos esta Tesina a Dios, a nuestros padres y nuestros hijos porque son nuestra fortaleza en el camino de cumplir nuestras metas y propósitos.

A Dios porque ha estado con nosotros en cada paso que hemos realizado cuidándonos y dándonos fortaleza para continuar en nuestros anhelos, a nuestros padres que siempre nos dieron su apoyo a lo largo de nuestras vidas velando por nuestro bienestar y educación siendo nuestros confidentes siempre.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Chimborazo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Psicología Clínica, por su aporte valioso e incondicional en la formación de profesionales encaminados a la excelencia.

A los distinguidos docentes, perseverantes en su labor, sus conocimientos y experiencias, los cuales fomentaron el rompimiento de esquemas mentales tradicionales, cimentando estrategias y principios innovadores y actuales.

A nuestras familias, por su comprensión y apoyo incondicional.

Un reconocimiento especial a la Dra. Rocío Tenezaca, tutora de tesis por su calidad humana y profesional.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
ACEPTACIÓN DEL TUTOR(A)	ii
DERECHO DE AUTORÍA	iii
RECONOCIMIENTO	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE CUADROS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xiii
SUMMARY	xiv
Introducción.....	1
CAPÍTULO I	
PROBLEMATIZACIÓN	
Planteamiento de problema.....	3
Formulación del problema.....	5
Objetivos.....	5
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	6
Justificación.....	6
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
Línea de investigación.....	8
Posicionamiento teórico personal.....	8
Fundamentación teórica.....	9
Teoría Conductual.....	9
Antecedentes.....	9

Definición.....	12
Autores y postulados básicos de las terapias conductuales.....	12
Tipos de terapia de la conducta.....	14
Modelamiento.....	14
Desvanecimiento.....	15
Encadenamiento.....	15
Tarea completa.....	16
Costo de respuesta.....	16
Tiempo fuera.....	16
Saciedad.....	17
Sobrecorrección.....	17
Desensibilización sistemática.....	18
Entrenamiento Asertivo.....	18
Técnicas de extinción.....	19
Técnicas Aversivas.....	19
Modelamiento.....	20
Técnica de biofeedback.....	20
Contratos de contingencias o contrato conductual	20
Técnicas utilizadas en la presente investigación.....	21
Economía de fichas.....	21
Aplicación general.....	22
Aplicación de la Técnica en los comportamientos sexuales inadecuados de los adultos con retraso mental leve.....	24
Reforzamientos.....	26
Aplicación General.....	27
Aplicación de la Técnica en los comportamientos sexuales inadecuados de los adultos con retraso mental leve.....	28
Retraso Mental.....	29
Antecedentes.....	29
Definiciones.....	31
Causas del retraso mental.....	32

Características del retraso mental.....	34
Clasificación del retraso mental por la Asociación Mundial de Retraso Mental (AAMR).....	36
Retraso Mental Leve.....	37
Características del retraso mental leve.....	37
Conductas problemáticas en el retraso mental leve.....	38
Terapia conductual y retraso mental leve.....	38
Modelo de intervención de la Terapia Conductual en adultos con retraso mental leve.....	39
La Sexualidad en el Retraso Mental Leve.....	39
Derechos sexuales de las personas con Retraso Mental.....	41
Sexualidad en el retraso mental leve desde el punto de vista psicológico.....	43
Desarrollo de la sexualidad en el retraso mental leve.....	43
Efecto de la terapia conductual en el comportamiento sexual del adulto con retraso mental leve	44
Definición de términos básicos.....	47
Hipótesis y variables.....	51
Hipótesis.....	51
Variables.....	51
Operacionalización de las variables.....	52

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Método.....	53
Tipo de investigación.....	53
Diseño de la investigación.....	53
Tipo de estudio.....	53
Población y Muestra.....	53
Población.....	53
Muestra.....	54
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
Técnicas para el análisis e interpretación de resultados	55

CAPÍTULO IV	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	56
Comprobación de Hipótesis.....	70
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	71
Recomendaciones.....	72
MATERIALES DE REFERENCIA	
Bibliografía.....	74
Webgrafía.....	74
ANEXOS	
ANEXO I	
ENCUESTA APLICADA A LOS DOCENTES DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO”	75
ANEXO II	
FICHA DE OBSERVACIÓN INICIAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE	77
ANEXO III	
PERFIL DE MUESTREO COMO REFORZADOR GENERALIZADO PARA LA VISUALIZACIÓN Y RECORDATORIO DE LOS PACIENTES EN LA APLICACIÓN DE LAS DOS TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA....	78
ANEXO IV	
FICHAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO.	79
ANEXO V	
FICHA DE OBSERVACIÓN FINAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE.....	80

ANEXO VI

AUTORIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO” 81

ANEXO VII

FOTOGRAFÍAS..... 82

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 01

Población y muestra del trabajo de investigación en la Fundación “Protección y Descanso”..... 56

CUADRO N° 02

Pregunta # 01 Identifique cual o cuales comportamientos sexuales a observado en las personas adultas con retraso mental leve que asisten a esta fundación..... 57

CUADRO N° 03

Pregunta # 02 De qué manera ha intentado controlar o canalizar estos comportamientos sexuales inadecuados que presentan las personas adultas con retraso mental leve de esta fundación?..... 60

CUADRO N° 04

Ficha de observación inicial..... 62

CUADRO N° 05

Categoría de evolución de la primera y octava semana..... 64

CUADRO N° 06

Análisis de los resultados de la ficha de observación final..... 67

CUADRO N° 07

Registros de las dos fichas inicial y final 69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 01

Población y muestra del trabajo de investigación en la Fundación “Protección y Descanso”	56
--	----

GRÁFICO N° 02

Análisis de resultados de la encuesta.....	58
--	----

GRÁFICO N° 03

Formas de control.....	60
------------------------	----

GRÁFICO N° 04

Ficha de observación inicial.....	62
-----------------------------------	----

GRÁFICO N° 05

Evolución del registro general de muestreo.....	64
---	----

GRÁFICO N° 06

Ficha final.....	67
------------------	----

GRÁFICO N° 07

Comparación de la ficha inicial y final.....	69
--	----

RESUMEN

El presente trabajo de investigación expone los diferentes resultados de la efectividad de las Técnicas seleccionadas de la Terapia Conductual como son: La Economía de Fichas y los Reforzamientos, aplicadas en la modificación del comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba. Este trabajo fue realizado a través del contacto directo con las personas mediante la observación de sus comportamientos sexuales, aplicación de técnicas de modificación de conducta, investigación y confirmación de sus actividades, comportamientos sexuales, los factores de riesgo e implicaciones de las formas de sentir, pensar, opinar y actuar sobre la sexualidad, así como también sus deseos sexuales y las manifestaciones observables de actuación en sus interrelaciones con sus iguales. El objetivo que se desarrolló y presenta este trabajo es la descripción de los cambios en sus comportamientos sexuales a través de la aplicación de las técnicas y así interpretar los diferentes resultados positivos que se desprende luego de eliminar y/o canalizar comportamientos sexuales como la masturbación en público y las caricias indebidas en zonas íntimas dentro o fuera de su grupo. El marco teórico se desarrolló en función de la matriz de variables, con sus respectivos indicadores e índices que nos guiaron en los temas y subtemas a investigar. De acuerdo a la naturaleza se realizó una investigación descriptiva, porque implica la investigación sistemática entre dos variables. Este estudio permitió determinar la eficacia de la terapia conductual en el comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve de la Fundación Protección y Descanso. Los resultados de las investigaciones demostraron que las personas con retraso mental leve evidencian conductas de riesgo e implicaciones en sus comportamientos sexuales, como son la masturbación en público 68% sobre 100% y las caricias indebidas en un 88% sobre 100%. En las investigaciones a los docentes y personal de la Fundación Protección y Descanso se evidencio que no conocen formas de programas conductuales adecuados para la modificación de sus comportamientos. Al finalizar el desarrollo del programa de terapia conductual se demostró que sus técnicas son efectivas y han canalizado sus comportamientos hasta en un 78% sobre 100% a lo cual justificó que el proyecto beneficiara a los usuarios con retraso mental leve, a sus familias y así aportamos a la disminución de comportamientos sexuales negativos y posibles agresiones sexuales.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

SUMMARY

This research deals the influence of physical activity on sedentary children at the "Fausto Molina" School in the city of Riobamba. The purpose of this investigation is for the children to always keep active. About physical activity and sedentary children, people discussed the importance of physical activity during childhood. Improving the availability of sceneries sports at the institution, painting, traditional games, recreational performing arts workshops and other extracurricular activities were discussed as well. There should be different sports day in order to keep the child interested and to always be active during recess. Therefore, being every healthy and improving academic performance with these goals, we keep children healthier and in an excellent academic performance. Because an active child, interprets in a better way to acquire in class of a sedentary child. All of this work strengthened the academic physical development of children, who are the future of our country, and they should be advocates for physical activity. All of this was done with the coordinator of the authorities of the institution and that physical activity is the way of good living.

MsC Ligia López H.



DELEGADA DEL CENTRO DE IDIOMAS

INTRODUCCIÓN

El tema de la sexualidad se hace mucho más complejo en el caso de las personas con retraso mental leve puesto que, ellos pueden conocer de límites pero no pueden controlarlo debido a su coeficiente intelectual inferior a la media y esto hace que no expresen modales adecuados y privacidad frente a la sociedad, resultando difícil aceptar que una persona con retraso mental leve practique un determinado comportamiento sexual considerado “anormal o desajustado”, olvidando que estas personas no aprendieron a moderar sus impulsos naturales según las costumbres de su medio social.

Estas personas en la gran mayoría dentro de esta Fundación atraviesan varios conflictos al intentar un desenvolvimiento sexual con sus iguales, mostrándose confusas ante diferentes situaciones que muchas veces llegan hasta a agresiones y burlas de su grupo de pares. Para que este problema aparezca se debe a muchas circunstancias una de ellas su mismo retraso mental u otras como la cultura, nivel social, nivel económico o una estructura familiar no adecuada a la necesidad de la persona con retraso mental leve, todo esto puede haber sido por el aprendizaje incorrecto de comportamientos que proporciona su medio familiar, también pudo haber ocurrido que no le enseñaron comportamientos aceptados socialmente.

En el presente estudio se describe todo el desarrollo de la aplicación y la efectividad de la Terapia Conductual en el comportamiento sexual inadecuado en un total de 10 personas adultas con retraso mental leve, comprendidas en una edad de 20 a 35 años, entendiéndose que estas anomalías en nuestra sociedad es el problema más frecuente.

Este estudio se ha desarrollado en cinco capítulos, el capítulo I hace referencia al planteamiento y formulación del problema, el objetivo general y los objetivos específicos, justificación e importancia.

En el capítulo II se presentan los contenidos del Marco Teórico, Línea de Investigación, Posicionamiento Teórico Personal, la Fundamentación Teórica, Definiciones de Términos Básicos y Operacionalización de Variables con sus definiciones conceptuales.

En el capítulo III se desarrolla la Metodología de la Investigación, el Diseño de la Investigación, la definición de la Población y Grupo motivo de estudio, las Técnicas e Instrumentos de Investigación, los procedimientos para la recolección y análisis de datos.

En el capítulo IV se describe el análisis e interpretación de los resultados obtenidos en todo el desarrollo de la investigación.

Finalmente en el capítulo V se expone las conclusiones y recomendaciones a las que se pudo llegar en la investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente año nuestro país tiene aproximadamente 14 millones de habitantes, cerca del 15% de su población son personas con retraso mental según estadísticas del CONADIS en el año 2011; los mismos que un 6% son adultos. El retraso mental leve, como es sabido, con independencia del modelo teórico con que lo expliquemos orgánico, evolutivo, conductual, cognitivo, presenta un retraso mental y un déficit, que normalmente afecta de una u otra forma al funcionamiento cognitivo, emocional, comportamental y sexual.

En la provincia de Chimborazo los datos estadísticos muestran que los adultos con retraso mental son los más vulnerables sexualmente puesto que fisiológicamente su crecimiento es normal y sienten la necesidad de satisfacción de diferentes maneras, como la masturbación en público y las caricias indebidas en partes íntimas las cuales no son agradables ni moralistas frente a la sociedad. No es tanto que su sexualidad, desde el punto de vista fisiológico, tenga una especificidad definida, como que sus capacidades mentales, sus características emocionales y su historia de comportamientos condicionan de una u otra forma la sexualidad.

Dentro de la Fundación Protección y Descanso han sucedido varios problemas de naturaleza sexual como la tendencia a masturbarse en horas de terapia, de clases o en público, por otra parte las caricias indebidas en zonas íntimas es una de las conductas que utilizan para socializar con su conjunto de pares, pero no todos reaccionan ni ven bien dicha actividad, a lo cual han llegado agredirse o a burlarse de la persona que realizó dicho comportamiento, siendo aislados para posteriores actividades dentro de su grupo.

Es verdad que los adultos con retraso mental leve en esta Fundación tienen más limitaciones en estos aprendizajes (por ejemplo, cuando deben generalizar, planificar el futuro, controlar sus impulsos sexuales, auto protegerse, etc.). Pero esto es una realidad social que estas personas son mucho más vulnerables al hecho de sufrir abusos y a cometerlos, tienen grandes dificultades para evitar las prácticas sexuales de riesgo, no les es fácil establecer relaciones de pareja y mantenerlas, en algunos casos etc.

La realidad, es que se hará un análisis caso a caso, porque aun con el mismo nivel de discapacidad pueden tener una vida sexual diferente.

Así, utilizando la terapia conductual y sus respectivas técnicas tratamos de dar una visión sobre qué sienten estas personas al ser aceptados por su entorno una vez modificada su conducta, cómo actúa la sociedad con ellos y qué es lo mejor para su desarrollo frente a una modificación o canalización de sus conductas consideradas como anormales; centrándonos sobre todo en el comportamiento sexual inadecuado que ellos presentan, muchas veces provocada por el propio desinterés de los padres y de las personas ajenas al problema, tomando en cuenta que la masturbación es algo normal en el desarrollo del ser humano, por ello no queremos eliminar este comportamiento sino más bien canalizarlo y así su práctica este dentro de lo aceptado socialmente.

Por ello es fundamental, reconocer las necesidades interpersonales de las personas con retraso mental leve de la Fundación Protección y Descanso, a lo cual aplicaremos técnicas conductuales como Economía de Fichas y los reforzadores; los cuales les ayudaran en sus necesidades de control sobre sus manifestaciones sexuales, teniendo en cuenta las dificultades para aplicar los criterios de salud sexual en estas personas y finalmente comprobar si surte o no efecto la aplicación de la terapia conductual en el comportamiento sexual de las personas con retraso mental leve.

Los investigadores creen necesario explorar a la familia de la persona con retraso mental, tratando de hacer hincapié en aspectos como la sobreprotección de los padres, la sexualidad, las relaciones sexuales, la masturbación en público, las caricias indebidas en partes íntimas y la falta de comportamientos adecuados frente a ello, las cuales intervendrían en la formación adecuada de estas manifestaciones propias en el retraso mental leve.

Por ello, conviene que vivan en ambientes protegidos: la familia, el centro de educación especial o la escuela de integración, el club de ocio, etc. para que de esta manera en algún valor ellos puedan aprender, al menos en cierto grado, muchas cosas sobre la sexualidad: respetar a los demás, masturbarse en privado, no abusar y no permitir ser abusados, controlar sus impulsos sexuales, etc.

Por ello, es fundamental comprender y explicar a los padres y docentes que es más actitudinal, cultural y propias de su retraso mental las manifestaciones de sus ideas,

comportamientos y creencias que estas personas presentan. En todo caso, es necesario tener en cuenta que cada persona, familia, centro educativo y sociedad pueden encontrar respuestas diferentes.

Aceptar el punto de partida e intentar ayudar a que las personas con retraso mental leve, cada una de ellas resuelvan lo mejor posible sus necesidades, siempre y cuando respetando sus derechos sexuales y consiguiendo el mayor grado de bienestar, es una de las metas que se planteó en esta investigación.

Aunque cada persona sea diferente y haya niveles de retraso mental más o menos consensuados, todos los adultos con retraso mental leve de la Fundación Protección y Descanso comparten en uno u otro grado algunas características que le dan especificidad, y por ello de algún modo este estudio brindara información importante que permitirá a los profesionales de la salud mental brindar un apoyo terapéutico encaminado a una mejor aceptación de las personas con retraso mental leve.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Como influye la terapia conductual en el comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

- Modificar los comportamientos sexuales en los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba mediante técnicas de la terapia conductual.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los diferentes comportamientos sexuales inadecuados que presentan las personas adultas con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba.

- Aplicarla terapia conductual y sus técnicas en el comportamiento sexual inadecuado de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba.
- Describir la efectividad de la aplicación de la Terapia Conductual y sus técnicas, en el control de los comportamientos sexuales inadecuados en adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación surgió, en primer momento, por los diferentes problemas de naturaleza sexual de los adultos con retraso mental leve de la Fundación Protección y Descanso de la Ciudad de Riobamba, ya que la diferencia básica radicaría en la dificultad de interpretación y control de las respuestas a estímulos sexuales propios de su desarrollo. En muchos lugares del cantón Riobamba, y dentro de la institución la represión de estos comportamientos, afecta severamente la vida y la salud mental de muchas de estas personas. La estimulación corporal que reciben de las figuras afectivas y las producidas por autoestimulación conducen al reconocimiento del placer y por lo tanto buscan la gratificación repitiendo situaciones similares. No comprenden por sí mismos el “simbolismo adulto”, siendo esta una de las razones por la cual nos vemos en la necesidad de ayudar a canalizar dichos comportamientos no aceptables dentro y fuera de esta institución. Los comportamientos sexuales de los adultos con retraso mental leve no han sido investigados a profundidad, ni se ha expuesto el porqué de sus comportamientos agresivos, y no aceptables en su contexto social. Siendo estos algunos problemas de sexualidad investigados que justifican la presente investigación.

Este trabajo es importante, ya que cada persona con retraso mental leve sufre algún tipo de rechazo y es excluido de su medio social por sus conductas sexuales no aceptables e inadecuadas. Con esta investigación se pretende canalizar los comportamientos sexuales de los adultos con retraso mental leve de la “Fundación Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba y así aportar a las familias con este tipo de miembros por ende a la sociedad misma. La intervención en los comportamientos sexuales inadecuados constituye sin lugar a dudas, un

importante desafío para todos los que, desde la perspectiva de la sexualidad, persiguen un mejoramiento de la calidad de vida y el perfeccionamiento de los modos de actuación en torno a la vida psicosexual, tomando en cuenta sus derechos y deberes a la vida sexual, pero a la vez siendo conocedores que la adultez es una etapa de la vida que trae consigo crecimientos, cambios, oportunidades y con bastante frecuencia, riesgos para la salud sexual y mental de los adultos con retraso mental leve.

En el interior de la Fundación todos los padres que tienen hijos con retraso mental, expresan que hay riesgos en las relaciones sociales de ellos, reconocen que pueden tener problemas, incluso que pueden terminar agrediendo o siendo agredidos por personas de su medio, por la falta de control de sus comportamientos sexuales. Con las dos técnicas de terapia conductual que hemos escogido por su efectividad en diferentes problemas en retraso mental como es la Economía de Fichas y los Reforzamientos modificaremos y/o canalizaremos sus comportamientos sexuales más frecuentes y obstaculizantes en su desarrollo psicoeducacional sexual en ellos y así proporcionarles un modelo de conductas más acorde al ámbito social que rodea al individuo.

Se aporta con esta investigación para ampliar el campo de líneas investigativas de la facultad por su novedad e innovación científica que por sí solo trae el tema. Los beneficiarios directos serán los estudiantes varones y mujeres de la “Fundación Protección y Descanso” del cantón Riobamba. Los beneficiarios indirectos son los docentes, familiares y personas que están a cargo de su cuidado diario y aquellos que tengan acceso al documento. El proyecto es factible porque se cuenta con la autorización de las autoridades de la Fundación que mediante oficio se solicitó, y se dispone de los recursos materiales y humanos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 LINEA DE INVESTIGACIÓN

Línea Macro: Salud Integral

Sublíneas: Conducta y Salud Mental, Social, Familiar e Individual.

2.1.1 Posicionamiento Teórico Personal

La presente investigación se encuentra orientada en la terapia conductual, de la cual hemos utilizado dos técnicas del condicionamiento operante como un medio para la modificación del comportamiento sexual inadecuado de los adultos con retraso mental leve de la Fundación Protección y Descanso de la ciudad de Riobamba.

El retraso mental se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa (DSM-IV-TR).

Las personas con retraso mental tienen unas necesidades sexuales que satisfacer en el mismo sentido que las personas normales ya que, en ocasiones, se les considera infantiles y carentes de sexualidad y en otras, se les otorga un exagerado impulso sexual pero la diferencia básica radicaría en la dificultad de interpretación y control de las respuestas a estímulos sexuales de los deficientes. Las personas con retraso mental leve que utilizan servicios educativos, sociales o sanitarios presentan alteraciones de conductas. De acuerdo con Emerson, las alteraciones conductuales más frecuentes son los comportamientos limitadores de la actividad y la participación, las de tipo disocial, agresión, comportamiento destructivo, autolesiones, y manifestaciones sexuales inadecuadas. Emerson y Cols. (1999)

Los tratamientos conductuales en retraso mental fueron experimentados por Lindsay (1964) utilizando un modelo para especificar los déficits conductuales y controlar las conductas en cuestión. Por otra parte Kazdin Y O'Learnny fueron quienes utilizaron estas técnicas para lograr conductas adaptativas dentro de establecimientos educativos.

Desde este enfoque se utilizó entre las diferentes técnicas escogidas por su efectividad al problema que deseamos cambiar, una de las técnicas es la economía de fichas por Ayllon y

Azrin en 1968, siendo aplicado a pacientes psiquiátricos hospitalizados, concibiéndolo como una estrategia terapéutica innovadora de gran alcance clínico. Su objetivo es la eliminación de conductas desadaptativas y la adquisición de conductas alternativas o socialmente deseables intentando trabajar en el mismo objetivo.

La siguiente técnica son los reforzamientos los mismos que se han utilizado desde que se experimentó la terapia conductual su creador fue Burrhus Frederic Skinner quien fue influenciado fundamentalmente por los trabajos de John Watson y de la reflexología rusa: Vladimir Bechterev e Iván Pavlov. A partir de la observación y la experimentación con animales llegó al concepto de condicionamiento operante, proceso mediante el cual un animal es llevado a realizar cierta acción. Para este proceso son decisivos los "reforzamientos" tanto positivos (premios) como negativos (castigos) siendo el refuerzo positivo dentro de las técnicas a utilizarse.

2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. TERAPIA CONDUCTUAL

2.2.1.1. Antecedentes

Durante el siglo XIX, el enfoque tradicional del modelo médico concebía la conducta desadaptada, como el epifenómeno de una enfermedad subyacente, cuya etiología era exclusivamente de naturaleza orgánica. A fines del último siglo, surge el psicoanálisis con S. Freud, basado en el modelo intrapsíquico, en el que se pone de manifiesto una nueva concepción del problema, concibiendo a la conducta como la expresión integrada, indivisible y holística de la personalidad, producto de la interacción del mundo interno y la realidad externa, en la que la libido constituye la energía psíquica o el mecanismo hidráulico del comportamiento que es de naturaleza inconsciente. Según esta nueva perspectiva, la conducta desadaptada no es más que la evidencia sintomática de procesos psíquicos subyacentes perturbados.⁽¹⁾

En la década del cuarenta y cincuenta, como consecuencia del desarrollo de las teorías psicológicas del aprendizaje y la constatación de los resultados efímeros de la terapia

psicoanalítica, se producen cuestionamientos a los modelos existentes, dando lugar al surgimiento del modelo conductual, asumiendo el rol protagónico como una nueva forma de terapias de la conducta desadaptada. Los estudios sobre el reflejo condicionado y la teoría del condicionamiento clásico, realizado por el fisiólogo ruso Iván P. Pavlov (1904), son considerados como las bases sobre las que se han configurado las teorías del aprendizaje, nutriendo directamente el modelo conductual. Watson (1914) por su parte, asume una postura radical, dejando de lado la psicología tradicional y el método introspectivo, planteando como alternativa los métodos objetivos y experimentales basados en las leyes del aprendizaje.⁽¹⁾

Estas teorías, basadas en el rigor científico del conductismo y postuladas a partir de la experimentación animal, se sustentan en conceptos como el condicionamiento clásico de Pavlov, en el refuerzo del condicionamiento operante de Skinner, la contigüidad de Guthrie, el aprendizaje latente de Tolman y otros, cuyas contribuciones han sido relevantes para la aplicación en el campo de la psicoterapia conductual. Según este enfoque, la conducta es concebida de manera dimensional, señalando que la conducta normal y anormal no son cualitativamente diferentes, sino distintas gradaciones a lo largo de un continuo (Eysenck, 1956). Según esto, la terapia va dirigida a la conducta anormal (desadaptativas) manifiesta y observable, así como a las encubiertas (emociones y verbalizaciones implícitas) que están causando malestar o desadaptación. (1)

En tal sentido, las terapias de la conducta son definidas como técnicas que, basadas en las teorías del aprendizaje, se aplican al tratamiento de conductas no adecuadas, a fin de modificarlas o extinguirlas. Eysenck (1987) las define como el intento de alterar la emoción y el comportamiento humano de una manera beneficiosa de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje. Estas terapias en su conjunto comprenden, según Kazdin (1978):

- a) Un área de contenidos sustentados en teorías y hallazgos procedentes del aprendizaje
- b) Un objetivo terapéutico en tanto trata de modificar la conducta.
- c) Un específico enfoque metodológico de tratamiento que pretende fomentar conductas socialmente deseables.

Los enfoques psicológicos del tratamiento de las personas con retraso mental se han modificado en este siglo del mismo modo que la psicología clínica ha cambiado su perspectiva del tratamiento de los problemas psicológicos. La concepción y el tratamiento de la discapacidad mental en la primera mitad del siglo estuvieron claramente influenciados por el psicoanálisis. La falta de metodología y técnicas eficaces derivadas del modelo psicoanalítico, provocó que algunos profesionales comenzaran a romper con esa perspectiva e iniciaran un acercamiento al modelo no directivo de Carl Rogers. El modelo psicodinámico de tratamiento comenzó a ser cuestionado en los años 50 y 60 por el nacimiento del enfoque conductual. La total ausencia de datos que demostraran la eficacia de la orientación psicoanalítica en el tratamiento de los deficientes, así como su nula influencia en desarrollar programas educacionales, descartaba su validez.

Las primeras aplicaciones de la modificación de conducta se dirigieron a los grupos de sujetos con deficiencias más graves. Fueron precisamente aquellos sujetos olvidados o difíciles para los cuales las terapias tradicionales eran menos apropiadas y eficaces.

Gradualmente, la terapia conductual comenzó a trabajar con deficientes mentales y con sujetos sin ningún déficit. Inicialmente, la base de trabajo consistió en la aplicación de los principios derivados del condicionamiento operante (análisis conductual aplicado). Al mismo tiempo que se incrementaba el trabajo con sujetos no deficientes, deficientes ligeros, o con dificultades de aprendizaje, se inició la preocupación por los procesos de pensamiento interno como objetivo y mecanismo de cambio en los sujetos. De este modo comenzaron a surgir las aplicaciones cognitivas y el enfoque terapéutico cognitivo-conductual en niños (Craighead, 1982).

Los déficits básicos de la discapacidad mental son el intelectual y el adaptativo. La modificación de conducta ha trabajado durante años para desarrollar métodos de trabajo efectivos que permitan conseguir algunas de las metas centrales de la educación y socialización del deficiente (Robinson y Robinson, 1976). En la actualidad, la modificación de conducta engloba una multiplicidad de programas dirigidos a todos los grados de deficiencia y a prácticamente todo tipo de habilidades susceptibles de entrenamiento.

La terapia más eficaz que hoy tenemos para orientar el trabajo psicológico y educativo con las personas con retraso mental leve es, sin duda, la conductual.

2.2.1.2. Definición

Para Iván Petrovich Pavlov la terapia conductual es un modelo de técnicas mediante estímulos que ayudan a condicionar comportamientos.

Para Watson la terapia conductual es un estilo de enseñanza la cual utiliza una serie de "ensayos" para dar forma a un comportamiento, o respuesta deseada.

Según Skinner es el aprendizaje en el cuál la conducta es nueva para el organismo aumenta su frecuencia de aparición luego de recibir algún estímulo reforzante.

Los autores de este trabajo consideran a la terapia conductual como forma de tratamiento psicológico que a través de técnicas transforma, modifica o cambia acciones en el individuo.

2.2.1.3. Autores y postulados básicos de la terapia conductual

Muchos autores como Eysenck (1959), Rimm y Master (1974,1984), Millon y Millon (1974), Yates (1974), Kazdin (1982) Robinson y Robinson, (1976), Thompson y Grabowski, (1972) y otros, han planteado los principios básicos que deben regir las terapias conductuales, los mismos que difieren según la perspectiva teórica que asumen (condicionamiento clásico frente al operante), dependiendo de las respuestas (motoras frente a las fisiológicas) o según la técnicas utilizadas. Sin embargo, todos coinciden en los siguientes puntos:

- a) Existe continuidad entre la conducta normal y anormal, lo que supone que las leyes básicas del aprendizaje pueden aplicarse a todos los tipos de conducta.
- b) La conducta desadaptada es adquirida a través del aprendizaje como cualquier otra conducta. Por tanto, si se aprenden también se desaprenden.
- c) Los síntomas, que son las conductas alteradas, son el objetivo a tratar.

d) La terapia de la conducta tiende a concentrarse en la conducta desadaptada en sí misma, más que en alguna supuesta causa subyacente.

e) Toda técnica clasificada bajo el rótulo "terapias de la conducta" debe estar formulada bajo fundamentos de la psicología experimental. Como tal sus procedimientos se han sometido a verificación, siendo estos relativamente efectivos.

Este conjunto de supuestos generales sustentan que cualquier terapia de la conducta debe centrarse en el aquí y ahora de la conducta manifiesta (actual) y no en aspectos históricos (biográficos). El objetivo terapéutico fundamental es el cambio de la conducta desadaptada específica, para lo cual es importante fundamental determinar el tratamiento en términos objetivos y planificados, atendiendo a las necesidades de cada paciente. De esta forma queda patente que las conductas desadaptativas observables del paciente, que son susceptibles de ser reproducidas y confrontadas, constituyen los objetivos de la terapia de la conducta y no las vivencias psíquicas de carácter subjetivo.

El proceso terapéutico se inicia con la evaluación conductual, la cual permite al terapeuta obtener del paciente la información necesaria para decidir el cambio en la conducta, así como para predecir y controlar los cambios a lo largo de la terapia.

Esta evaluación facilita la descripción objetiva, explícita y cuantitativa de las respuestas desadaptativas que conforman el trastorno del paciente, así como las circunstancias en que éste aparece, proporcionando los datos suficientes para escoger y diseñar un programa de tratamiento conductual individual. Las fases que conlleva este proceso parten de la definición de las conductas-problema y culmina con la evaluación de los resultados, durante, al final y después de haber aplicado la terapia.

Para los autores de este trabajo la terapia conductual es una forma de tratamiento psicológico que a través de técnicas transforma, modifica o cambia acciones en el individuo.

Tipos de terapia de la conducta

Existen muchas técnicas y clasificaciones de la terapia conductual, a continuación en esta investigación se destacarán las más conocidas y utilizadas, al margen de los principios específicos que las sustentan, dando una visión general y aproximada sobre la forma de aplicación que asumen frente a la conducta desadaptada, a continuación anunciamos algunos de ellos:

2.2.1.4.1 Moldeamiento

El moldeamiento es una técnica mediante la cual se adquieren conductas ausentes o presentes muy vagamente en el repertorio conductual del sujeto (Méndez y Olivares, 2001). Consiste en reforzar consistentemente conductas semejantes a la conducta que pretendemos que el sujeto adquiera y eliminar mediante extinción aquellas que se alejan de la conducta deseada.

Para realizarlo correctamente, deben seguirse una serie de pasos:

- Definir de forma precisa la conducta final que pretendemos obtener.
- Elegir una conducta más amplia que incluya la que pretendemos que el sujeto adquiera o que tenga semejanza con ésta.
- Reforzar dicha conducta, hasta que se presente de forma frecuente.
- Reducir la amplitud de la conducta para que se parezca cada vez más a la conducta meta utilizando para ello el refuerzo diferencial. Tal como dice Larroy (2008), el moldeamiento se utiliza de forma espontánea en el aprendizaje de habilidades cotidianas como aprender a hablar.

-

2.2.1.4.2 Desvanecimiento

El desvanecimiento se basa en la disminución gradual las ayudas que se le han dado al individuo para que realice la conducta deseada. Pretende que se mantenga el comportamiento del individuo a pesar de la reducción de las ayudas que se le proporcionaron para aprenderlo. Diversos autores (Méndez, Olivares y Beléndez, 2001; Larroy, 2008) coinciden en que el desvanecimiento consta de dos fases:

Fase aditiva: se le suministra al sujeto todas las ayudas necesarias para la consecución de la conducta meta.

Fase sustractiva: las ayudas se van reduciendo de forma progresiva hasta que el sujeto pueda realizar la conducta sin ninguna ayuda externa. La disminución puede desarrollarse de distintas maneras: disminuyendo o demorando la ayuda o bien reduciendo su intensidad.

En ambas fases, se han de facilitar tras la emisión de conductas cercanas a la conducta objetivo, un refuerzo continuo y contingente a dicha emisión. Esta técnica es utilizada junto con el moldeamiento y, al igual que ella, suele emplearse tanto para el aprendizaje cotidiano como para conductas más específicas (ámbito educativo, por ejemplo). (2)

2.2.1.4.3 Encadenamiento

La técnica del encadenamiento supone descomponer una conducta compleja en conductas sencillas, de manera que cada una de ellas suponga un eslabón de la cadena. La adquisición de la conducta se produce mediante el reforzamiento de los “eslabones”, los cuales son estímulos reforzadores para la respuesta anterior y estímulos discriminativos (ED) para la siguiente. Tal como ejemplifica Larroy (2008, p. 299):

El aprendizaje mediante esta técnica puede realizarse de varias formas:

Encadenamiento hacia atrás. Es el más utilizado. Se empieza por el último eslabón y se van enseñando los restantes en dirección al inicio de la conducta.

Encadenamiento hacia adelante. En este caso sucede al contrario. Se enseña el primer paso y se refuerza, luego se enseña en segundo y se refuerza la realización de ambos juntos, etc. (2)

2.2.1.4.4 Tarea completa

Utilizado para tareas sencillas, se trata de que el sujeto realice todos los pasos seguidos, repitiendo la operación hasta que se consolide el aprendizaje de la conducta. El reforzador se proporciona tras la realización de todos los pasos. (2)

2.2.1.4.5 Costo de respuesta

Los autores Olivares y Méndez (2001, pp. 165-167) definen el costo de respuesta como la pérdida de un reforzador positivo disponible con el objeto de eliminar una conducta desadaptativa. Un ejemplo de esta técnica sería la retirada del carné de conducir por exceso de velocidad.

Para una aplicación efectiva se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Al plantearse la aplicación se deben tener en cuenta otros procedimientos que sean menos aversivos.

Para que el sistema de costo de respuesta funcione es necesario permitir que el individuo acumule una reserva de reforzadores.

La efectividad del costo de respuesta depende de la magnitud del reforzador retirado. Para que éste sea efectivo, debemos hacer diferentes ensayos para ver que magnitud debemos usar para que la conducta sea retirada.

2.2.1.4.6 Tiempo fuera

Según Marta Albert, psicóloga de la asociación española para el síndrome de Prader-Willi, el tiempo fuera consiste en retirar al sujeto de la situación en la que realiza la conducta que se desea eliminar.

Por ejemplo, “si el niño tira arena a sus amigos, la madre dice ¡eso no se hace! o ¡no se tira arena! y le sienta un rato a su lado. Durante ese tiempo no se le dirige la palabra al niño, ni se le echa la bronca durante y después del periodo de aislamiento. Luego se da opción a seguir jugando”.

2.2.1.4.7 Saciedad

Con este procedimiento utilizaremos el reforzador, que mantiene la conducta, de una manera continua hasta que éste pierda su valor.

Primero se debe detectar la frecuencia de la conducta para así determinar las sesiones. a continuación se aplicará el reforzador de manera continuada y en grandes cantidades hasta

que la conducta adquiriera un valor aversivo. Por ejemplo si a un niño le encantan las hamburguesas le daremos hamburguesas todos los días y a todas horas.

Se puede aplicar en trastornos como los tics, en el tabaquismo, etc. y no pueden aplicarse en conductas que son peligrosas para el sujeto como las conductas autolesivas.

2.2.1.4.8 Sobrecorrección

El objetivo principal es compensar las consecuencias de la conducta desadaptativa. Se puede aplicar de dos maneras (cruzado y labrador, 2002, pp. 523-528):

Sobrecorrección retributiva: el sujeto debe restaurar el daño que ha hecho.

Sobrecorrección de práctica positiva: consiste en repetir una conducta positiva.

Al observar que el sujeto realiza la conducta indeseable debemos dar un aviso verbal. Si esto no funciona tenemos que aplicar la sobrecorrección de forma insistente e inmediata.

Este método ha mostrado su eficacia en la reducción de conductas auto estimulatorias en niños psicóticos y con retraso, así como en el control de la agresividad, en la rumiación y otras conductas destructivas. (9)

2.2.1.4.9 Desensibilización sistemática

Watson (1924) y otros han demostrado cómo el miedo podía aprenderse por condicionamiento y desaprenderse por el mismo mecanismo. Concibió la ansiedad como una respuesta emocional compleja y susceptible de ser condicionada, con arreglo a las leyes del aprendizaje.

J. Wolpe (1958), basado en el principio de inhibición recíproca descrito por Sherrington (1906), señala que si se hace coincidir una respuesta antagónica a la ansiedad en presencia de estímulos ansiógenos, de forma tal que se acompaña de una supresión completa o parcial de la respuesta de ansiedad, el vínculo entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilita. En otros términos, si al paciente se le enseña a experimentar relajación en lugar de ansiedad mientras imagina tales escenas la situación de la vida real que la escena representa causará menos incomodidad.

Esto implica que la ansiedad puede ser inhibida siempre que entre en competencia con otros mecanismos antagónicos, sea la relajación muscular, la excitación sexual, la autoafirmación, etc. el inhibidor más utilizado por largo tiempo ha sido la relajación muscular de Jacobson (1938), describiendo sobre esta base la desensibilización sistemática. La aplicación de esta técnica tiene mayor eficacia en el tratamiento de las ansiedades fóbicas, aunque también sus efectos son positivos en el tratamiento de conductas obsesivas, en personas con tartamudez y conductas sexuales anómalas (técnicas de Máster y Johnson) y otros.

2.2.1.4.10 Entrenamiento asertivo

Según Rimm y Masters (1984), la conducta asertiva es aquella conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de sentimientos. En otros términos, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar conductas socialmente apropiadas. De esta forma la técnica afirma, asegura o ratifica las opiniones propias en situaciones interpersonales y tiende a producir o mantener auto-refuerzos. Así la técnica se utiliza para facilitar la expresión de sentimientos positivos como el afecto o el elogio y conductas interpersonales correctas en todos los niveles, logrando recompensas sociales (así como materiales) significativas y una mayor satisfacción en la vida.

2.2.1.4.11 Técnicas de extinción

La exposición directa del paciente a estímulos ansíógenos de gran intensidad es lo que define y diferencia a estas técnicas de la desensibilización sistemática. El principio básico es la extinción, según el cual los estímulos condicionados al miedo pierden su calidad aversiva de manera gradual cuando se expone el paciente en forma repetida a ellos. En este sentido, es algo equivalente a la extinción bajo el condicionamiento clásico.

Son dos los requisitos necesarios para desarrollar esta técnica:

1. que el sujeto esté expuesto durante el tiempo necesario a estímulos ansíógenos.
2. impedir por todos los medios que el sujeto esboce cualquier tipo de conducta evitativa.

En este tipo de tratamiento encontramos las técnicas de inundación (Flooding) y las de implosión (Stampfl y Levis, 1967), cuya única diferencia se basa en que la implosión combina en el proceso de extinción escenas o situaciones de contenido inconsciente, sobre la base de un mecanismo mixto (consciente/inconsciente) que provoca el condicionamiento.

2.2.1.4.12 Técnicas aversivas

Estos procedimientos fueron los primeros en emplearse en el campo de las terapias de conducta, teniendo sin embargo muchos detractores debido a que son consideradas potencialmente peligrosas y cuestionables desde la perspectiva teórica.

El término aversivo hace referencia a la naturaleza desagradable, incluso dolorosa, que conlleva un estímulo aplicado (emitizantes, descarga eléctrica). Esta técnica puede desplegarse bajo el condicionamiento clásico o bien bajo el operante. Se emplea el principio clásico para modificar el estímulo (alcohol) emparejándolo con un sucesivo aversivo incondicionado (emitizante o descarga eléctrica), y el operante, para la presentación, terminación o evitación de los acontecimientos aversivos dirigidos a la conducta (administrar descargas eléctricas tras la ingestión del alcohol).

2.2.1.4.15 Modelamiento

Este tratamiento derivado de los principios del aprendizaje social, fue introducido al campo de las terapias de conducta por Bandura (1969, 1971). Estas se basan en la idea de que se puede verificar un aprendizaje no solamente como resultado de una experiencia directa, sino que puede ser vicario, es decir, como una función de presenciar o de ser testigo de un comportamiento y del resultado que dicho comportamiento tiene en otras personas. Este modelamiento o aprendizaje por imitación fue investigado en el laboratorio experimental animal, desde finales del siglo pasado.

2.2.1.4.16 Técnica de biofeedback

En esta técnica el terapeuta informa al paciente de una serie de procesos fisiológicos de los que él no suele ser consciente, permitiendo así que el sujeto los perciba y sea capaz de someterlos a control voluntario. Se informa inmediatamente al sujeto de sus propias

respuesta psicofisiológicas, ya que conociéndolas puede participar activamente en su manejo y control.(1)

Los instrumentos que se emplean deben ser sencillos, de tal forma que faciliten información directa al paciente: de tipo visual, auditivo, etc., haciendo referencia a los cambios fisiológicos asociados a factores psicológicos (Fuller, 1977).

2.2.1.4.17 Contratos de contingencias o contrato conductual

Es un acuerdo escrito entre distintas personas (pareja, amigos, etc.) para cambiar alguna conducta, ya sea por parte de ambos (contrato multilateral) o de una persona (contrato unilateral). Los términos del contrato se negocian entre todos hasta llegar a un acuerdo. (11)

Los autores Olivares y Méndez (2001, pp.180-181) creen importante seguir una serie de orientaciones a la hora de diseñar un contrato de contingencias efectivo.

Las partes implicadas deben llegar a un consenso a la hora de marcar el objetivo del contrato. Deben especificarse los privilegios que se logran tras la ejecución de la conducta y las penalizaciones por no llevar a cabo los cambios correspondientes.

El contrato debe contener una cláusula adicional de bonificaciones por si la persona excede las demandas mínimas del contrato.

Los contratos de contingencia se pueden usar en gran cantidad de problemas y tanto con adultos como con niños. Por ejemplo en toxicomanías, tratamiento de la obesidad, problemas de pareja, tabaquismo, etc. Esta técnica parte de un contrato o acuerdo negociado entre el terapeuta y el paciente, por el que éste se compromete a obtener recompensas cuando realice conductas apropiadas, y castigo cuando las conductas que manifiesta no sean adecuadas o pactadas. Previa evaluación de lo que se espera y la identificación de la recompensa y castigo, se establecen las contingencias (cuándo recompensar, cuándo castigar) para la conducta objetivo, entrando por último en la fase propia del tratamiento en la que se han de cumplir los propósitos acordados o pactados.

TÉCNICAS UTILIZADAS EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Las técnicas que se utilizan en la presente investigación y que fueron diseñadas y acopladas a los requerimientos, necesidades y edad mental de las personas con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso”, para la modificación de los comportamientos sexuales inadecuados que se presentaban en ellos como fueron la masturbación en público y las caricias indebidas en zonas íntimas (palmadas en las nalgas, pellizcos en los pezones con personas de su grupo o personas con quienes habían formado cierto grado de confianza) son:

2.2.1.4.18 Economía de fichas

Los reforzadores que se usan son fichas que después se intercambiarán por algo que al sujeto le guste. Para eliminar la conducta indeseable se hará a través de la pérdida de las mismas. Marta Albert, psicóloga de la asociación española para el síndrome de Prader - Willi, considera que en primer lugar se deben dejar claros los objetivos que se van a trabajar, así como los premios a los que se podrá acceder mediante la realización de conductas específicas, y fijación de “precios en fichas” para cada uno de ellos.

Los programas de economía de fichas son procedimientos dirigidos a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, para de esa forma controlar las conductas de una persona o de un grupo de personas.

La utilización de un sistema de economía de fichas permite introducir una o varias conductas, alterar las frecuencias con que las conductas objetos de intervención se emiten o eliminar las conductas desadaptativas.

Los programas de economía de fichas aparecen con frecuencia en la vida cotidiana, aunque no estén explicitados como tal, por ejemplo, la maestra que da puntos a los alumnos que rinden bien para que los canjeen por un rato de recreo adicional, o los proveedores que dan puntos a sus cliente habituales para que puedan cambiarlos por una cafetera o un pañuelo de seda. (9)

Aplicación general

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

a) Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado, en esta fase ha de establecerse la ficha como refuerzo generalizado y remarcarse el valor que tiene como objeto de intercambio. Es preciso enseñar a las personas incluidas en el programa a dar valor a las fichas. Las explicaciones verbales pueden ser suficientes en algunos casos, pero cuando se trabaja con personas con déficit o limitaciones intelectuales se hace necesario proceder al “muestreo” de las fichas. Para ello pueden entregarse en diversas ocasiones fichas a los sujetos de forma gratuita, con independencia de sus conductas, y cambiárselas inmediatamente por algunos de los reforzadores que han demostrado ser eficaces con algunos sujetos.

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

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

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

c) Fase de desvanecimiento o finalización del control de las conductas por fichas. Dado que el objetivo de un programa de economía de fichas es facilitar la aparición y consolidación de determinadas conductas, una vez que éstas se han dado y están consolidadas el paso siguiente debe consistir en poner esas conductas bajo el control de las condiciones habituales “normales” en que actúa el sujeto.

Las razones por las que debe retirarse el programa son: la economía de fichas es un sistema artificial, que supone un coste de tiempo, de recursos, etc., que no se asemeja a la vida cotidiana en la que hay pocos reforzadores no naturales y no directos. Además implica un control artificial de las conductas y puede interferir con la adquisición de la motivación intrínseca. Todas las economías de fichas incluyen un programa de desvanecimiento del sistema a medida que se van produciendo mejoras en la conducta. Esto puede llevarse a cabo aumentando el tiempo entre las entregas de fichas, incrementando el criterio para la obtención de fichas, reduciendo del número de fichas ganadas por medio de las conductas objetivos, aumentando el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo, o por alguna combinación de estos procedimientos. (9)

De esta forma se programan conductas en ámbitos institucionales (hospitales, prisiones, centros de educación de niños especiales, etc.), con la finalidad de estimular la manifestación de aquellas que son deseables socialmente.

Debemos tener en cuenta distintos aspectos:

Las fichas deben administrarse una vez realizada la conducta.

El tipo de fichas dependerá de las características y gustos del individuo.

La persona ha de poder elegir entre diversos premios.

Debe mantenerse un equilibrio entre las fichas que se ganan y las que se gastan.

El precio de los premios debe estar ajustado a la frecuencia de su consumo, a las preferencias de la persona y a su coste económico.

Es conveniente fijar cuándo se van a hacer los intercambios y estipular un sistema de ahorro.

Puede usarse tanto a nivel individual como grupal y es útil para una gran variedad de conductas. (9)

Aplicación de la Técnica en los comportamientos sexuales inadecuados de los adultos con retraso mental leve.

Para la aplicación de esta técnica en los comportamientos sexuales de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba se diseñó un programa de economía de fichas en un grupo de 10 personas adultas con retraso mental leve, para que este programa de fichas resulte efectivo se le fusionó con otra técnica que fueron los reforzadores positivos (sociales y materiales).

En primer lugar se presentó el perfil de muestreo que nos sirvió como reforzador generalizado para que los pacientes al visualizar determinado perfil recordaran que está siendo ejecutado determinado plan y ellos deberían de modificar o no realizar determinado comportamiento.

El objetivo de este perfil fue que en este se canjearan el número de fichas posibles para la adquisición o intercambio de determinados reforzadores de su gusto, en el cual se explicó de cómo se iba a desarrollar dicha técnica y los reforzadores a intercambiar dentro del programa.

Se proporcionó semanalmente un perfil (anexo 3) a cada docente que se encontraba a cargo de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” con el propósito de que ellos entregarían dichas fichas a cambio de que las personas con retraso mental leve inmersas en esta investigación presentaran o no realizaran determinados comportamientos sexuales como eran la masturbación en público y las caricias indebidas en zonas íntimas todo esto adaptadas al lugar donde ellos se educaban a diario para una mejor aceptación social.

Estas fichas fueron entregadas durante ocho semanas y evaluadas semanalmente con el fin de proporcionarles determinados reforzadores a los pacientes de acuerdo al número de fichas recolectadas, esperando de esto una evolución paulatina en la canalización o

modificación de los dos comportamientos sexuales inadecuados que mas sobresalieron en la encuesta aplicada a los docentes y la ficha de observación inicial.

El objetivo fue que cada semana los adultos con retraso mental leve de la fundación protección y descanso adquirirían un total de 100 fichas si no presentaban ningún tipo de comportamiento sexual inadecuado, posteriormente dichas fichas eran intercambiadas semanalmente por el número de reforzadores llegados a un acuerdo mediante una reunión con estas personas de acuerdo a las fichas que ellos adquirirían.

Posteriormente de las ocho semanas de aplicación se observo una reducción en un alto grado de dichos comportamientos sexuales inadecuados como fueron la masturbación en público y las caricias indebidas en zonas íntimas que se los acoplo a su estilo de vida haciendo a que estos comportamientos se canalizaran para un mejor estilo de vida en la Fundación donde ellos se desarrollaban a diario, posteriormente se aplicó una ficha final en el lapso de una semana para observar si uno de los dos comportamientos aun persistían en cierto grado para posterior a esto solo se aplicarían reforzadores sociales.

La utilización más difundida de esta técnica es en los problemas escolares, de pareja, de familia y de conducta alimentaria, como en los casos de la anorexia y la bulimia, controlando los cambios de la conducta desadaptada o indeseable.

2.2.1.4.19 Reforzamientos

Para la estabilidad y mantenimiento de los comportamientos sexuales adecuados que estas personas con retraso mental leve de la Fundación Protección y Descanso están poniendo en práctica o aprendiendo es fundamental reforzarlas adecuadamente.

Los reforzamientos se dividen en dos tipos como son los positivos y negativos, para esta investigación se ha visto de forma conveniente utilizar los reforzadores positivos.

a) Reforzamiento positivo

El reforzamiento positivo es un procedimiento mediante el cual se le presenta al sujeto un estímulo que le gusta o le interesa inmediatamente después de la realización de la conducta

(presentación contingente). Con esto se consigue aumentar la probabilidad de que la conducta vuelva a ocurrir.

El estímulo o situación apetitiva que se pone en juego en este proceso se conoce como reforzador positivo (Méndez y otros, 2001). Cuando se descubre un reforzador positivo para un individuo (por ejemplo, un caramelo para un niño), podemos utilizarlo en otras situaciones. A pesar de ello, no deberíamos abusar de un solo reforzador positivo ya que podríamos caer en la saciedad. (2)

Tal como refleja Méndez y otros (2001), diversos autores han puesto de manifiesto el procedimiento básico que debe seguirse para aplicar el reforzamiento positivo:

- Especificar de forma concisa la conducta a modificar.
- Identificar y seleccionar los reforzadores eficaces (que dependen de cada individuo).
- Administrar de forma inmediata los reforzadores.
- Aplicar los reforzadores contingentemente.
- Evitar la saciedad empleando diversos reforzadores que el sujeto no tenga.
- Aproximar la cantidad adecuada de reforzador.
- Ajustarse al programa de reforzamiento fijado (puede ser reforzamiento continuo o reforzamiento intermitente).
- Planificar la transición de un tipo de programa a otro (por ejemplo, de un programa de reforzamiento continuo a uno de reforzamiento intermitente) con el fin de generalizar los efectos.

Un reforzador positivo es un estímulo que se añade al entorno y que trae consigo una respuesta precedente. Si se otorga alimento, agua, dinero o elogios después de una respuesta, es más probable que ésta se repita en el futuro.(2)

b) Reforzamiento negativo

En este caso, se trata de incrementar una conducta deseable mediante la eliminación de un estímulo o situación que sea desagradable para el sujeto, justo después de la realización de dicha conducta (retiro contingente).

Este tipo de procedimiento suele emplearse menos que el anterior por las implicaciones éticas que supone utilizarlo.

Aplicación General

Podemos hablar de tres tipos de refuerzo: el refuerzo material, el refuerzo social y el auto refuerzo. Cada uno de ellos debe aplicarse adecuadamente en el momento oportuno. De ello depende su efectividad.

Por ejemplo, los refuerzos materiales (premios, dinero, comida, etc.) nos permiten reforzar una conducta con una eficacia inmediata pero se trata de un efecto a corto plazo, ya que pierden su poder reforzante al cabo de un tiempo. Por ello, es apropiado introducir con estas personas de retraso mental leve refuerzos sociales (sonrisas, palabras de aprobación, palmada, aplausos, etc.) ya que son más fácilmente aplicables y además pueden ser dispensados por diferentes personas y en diferentes contextos como puede ser su grupo mismo o personas quienes están a cargo de estas personas.

Asimismo, debemos considerar cuándo y cuánto refuerzo vamos a aplicar. Por ejemplo, en las primeras fases del entrenamiento de una nueva habilidad o comportamiento, es eficaz aplicar refuerzos con más frecuencia.

Posteriormente, podemos reforzar de manera intermitente, ya que está demostrado que este tipo es más eficaz para el mantenimiento de la conducta o habilidad.

En resumen, elogiar la conducta, sonreír, chocar las manos, una palmada, etc. Son refuerzos sociales que, aplicados con cierta sistematización y por diferentes personas del entorno en el que se muévelos adultos con retraso mental leve, permiten instaurar nuevas y cada vez más complejas habilidades personales de una manera relativamente sencilla a la vez que eficaz. (11)

Aplicación de la Técnica en los comportamientos sexuales inadecuados de los adultos con retraso mental leve.

Dentro de nuestra investigación hemos utilizado los reforzamientos dentro de ellos los reforzadores materiales y sociales en los comportamientos sexuales inadecuados de los

adultos con retraso mental leve como fue la masturbación en público y las caricias indebidas en zonas íntimas (palmadas agresivas o no agresivas en las nalgas y pellizcos en los pezones dentro o fuera de su grupo) en respuesta a la adquisición de los puntos en la economía de fichas.

Los reforzadores a entregar durante cada fin de semana en la colecta de fichas en un determinado número fueron:

- De 50 a 70 puntos se les proporcionaba el reforzador material número uno que fue una fruta más un sandwich.
- De 71 a 85 puntos se les proporcionaba el reforzador material número dos que fue una hamburguesa mas gaseosa.
- De 86 a 100 puntos se les proporcionaba el reforzador material número tres que fue salida a la piscina más un almuerzo especial.

En cada proporción de reforzadores materiales sin importar el número se les proporcionaba los reforzadores sociales, también a los pacientes que incluso no llegaban a coleccionar el número suficiente de fichas para los reforzadores materiales, dando a esto mayor efectividad de la Terapia Conductual para la modificación o canalización de los comportamientos sexuales inadecuados que presentaban las personas con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” como fueron la masturbación en público y las caricias indebidas en zonas íntimas.

2.2.2 RETRASO MENTAL

2.2.2.1 Antecedentes

En la evolución del pensamiento científico a través de la historia en relación con el retraso mental, el primer peldaño en el estudio de las enfermedades mentales, puede considerarse colocado por el médico griego Alcmaeon de croton (aproximadamente en el año 500 A.N.E.), al plantear que era el cerebro, el órgano del cuerpo donde se captaban las sensaciones, se generaban las ideas y se permitía el conocimiento.

Aunque su concepción no se atiene íntegramente a las implicaciones de este órgano, tuvo la agudeza de descubrir su importancia posteriormente Hipócrates, conocido como el padre de la medicina (460-377 A.N.E), planteó que los desórdenes mentales eran consecuencia de enfermedades del cerebro e intentó explicar todas las enfermedades mentales a partir de causas naturales, este constituyó uno de sus principales méritos. En estudios que realizó aparecen los términos de “anencefalia” y otras malformaciones craneales asociadas a un severo retraso.

En el siglo XIX, en la década de 1840 se crean varias escuelas para niños con retraso mental como: Buggenbuhl en Suiza, Seagert en Berlín, Conolly en Inglaterra. Este siglo se caracterizó por un desarrollo del pensamiento científico que contribuyó al esclarecimiento de las enfermedades mentales.

A comienzos del siglo XIX y principios del siglo XX hubo un progresivo desarrollo de la ciencia que permitió un conjunto de descubrimientos, que contribuyeron a elevar el interés por la educación y rehabilitación de los retrasados mentales, destacándose trabajos en el campo de la prevención como el del concepto sobre errores metabólicos, el descubrimiento de la fenilcetonuria, los aportes sobre transmisión genética, entre otros.

A principios del siglo XX, en Francia se estableció la obligatoriedad de la enseñanza y en 1904 el ministerio de instrucción pública, nombró una comisión que se encargaría de estudiar bajo el aspecto escolar, a todos los niños con patologías ya fueran físicas, intelectuales y de conducta. (8)

El francés Alfred Binet (1857-1911), en 1905, en colaboración con el Dr. Simón, crea la primera escala para medir inteligencia que la denominaron escala Binet-Simón, a partir de la cual hubo una proliferación de los test que se han perfeccionado con el cursar del tiempo.

El surgimiento de la escuela socio histórico cultural de L. S. Vygotsky tuvo una gran relevancia en la comprensión del retraso mental, dándole una orientación positiva y optimista.

Tomaba como punto de partida el reconocimiento del carácter interactivo del desarrollo de los procesos psíquicos, enfatizando en el reconocimiento de las relaciones dialécticas que

se establecen entre los factores biológicos y sociales. Introdujo en el instituto que dirigía un estilo de trabajo interdisciplinario en el contexto de la investigación y atención a los niños con defectos.

Este realizó importantes aportes para la pedagogía en relación con la dependencia del desarrollo psíquico del carácter y contenido de la enseñanza, la concepción sistémica del desarrollo psíquico que lo resumió en la unidad de lo afectivo y lo cognitivo y su teoría acerca de la zona de desarrollo próximo. Sus postulados toman hoy vigencia a la luz de los enfoques ecológicos y desarrolladores del proceso enseñanza-aprendizaje.

Según Mirtha Fuentes Leyva, el estudio científico de la deficiencia mental: se resume en dos etapas históricas claramente definidas: (16)

Una antes del siglo XIX en el que el retraso mental no se diferenciaba de otras alteraciones y era considerado como una variante de la demencia cuyas causa se atribuían a bases orgánicas biológicas o innatas.

Otra, a partir del siglo XIX en que se diferenció de la demencia y otras patologías aunque de algún modo hasta 1959 estaban vigentes las tesis biologicistas del retraso mental considerado este como una alteración constitucional del SNC. (8)

2.2.2.2 Definiciones

A continuación se presenta algunas definiciones de retraso mental descritas por varios autores en varios libros e instituciones donde se desarrollan los estudios sobre el mundo de las personas con retraso mental.

La organización mundial de la salud (O.M.S), (1968) considera como deficientes mentales a los individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la media que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una u otra alteración de los componentes adaptativos maduración, aprendizaje y conducta social.

Pezner, M (1973) considera al retraso mental como el desarrollo anormal de las complejas formas de actividad que tiene por causa una lesión del embrión o una alteración del sistema

nervioso central en algunas de las etapas del desarrollo intrauterino del feto o en el periodo más precoz de la vida del niño.

La Asociación Americana de retraso mental 1992, define que el coeficiente intelectual inferior a la media (70-75 CI); que aparece antes de los 18 años de edad, y coexiste con limitaciones en dos o más de las siguientes aptitudes adaptativas: comunicación, cuidado de sí mismo, convivencia en el hogar, socialización, uso de los recursos comunitarios, autonomía, salud y seguridad, desempeño intelectual, tiempo libre y trabajo.

S.Rubeinstein 1998, el retraso mental es un estado del individuo en el cual se producen alteraciones de los procesos psíquicos en general, fundamentalmente en la esfera cognoscitiva, los cuales son estables y se deben a una lesión en el SNC de carácter difuso e irreversible y etiología genética, congénita o adquirida.

(Luckassón y Cols 2002) el retraso mental (RM) se define como una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

(DSM-IV-TR), El retraso mental se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa.

Para los autores de este trabajo, el retraso mental leve son característica que se desarrollan antes de los 18 años de vida donde se presenta una insuficiencia general en la formación y desarrollo de las funciones psíquicas superiores, comprometiendo de manera significativa la actividad cognoscitiva y provocado por una afectación importante del sistema nervioso central en los periodos pre-peri y postnatal, por factores genéticos, biológicos adquiridos e infraestimulación socio – ambiental intensa en las primeras etapas evolutivas que se caracteriza por la variabilidad y diferencias en el grado del compromiso funcional.

2.2.2.3 Causas del retraso mental

Aproximadamente el 3% de la población general presenta un coeficiente intelectual inferior a la media según estadísticas del CONADIS. En su gran mayoría, los retrasos mentales son leves siendo detectados cuando el niño tiene problemas en el desarrollo del lenguaje, e incluso no se sospecha hasta que surgen problemas en el aprendizaje al ingresar a la escuela.

Las causas del retraso mental son variadas y complejas ya que intervienen múltiples factores en este tipo de problema que pueden ser en las etapas natal, prenatal y posnatal como son:

➤ **Anomalías genéticas y trastornos metabólicos hereditarios:**

1. Adrenoleucodistrofia
2. Galactosemia
3. Síndrome de Hunter
4. Síndrome de Hurler
5. Síndrome de Lesch-Nyhan
6. Fenilcetonuria
7. Síndrome de Rett
8. Síndrome de Sanfilippo
9. Enfermedad de Tay-Sachs
10. Esclerosis tuberosa
11. Eliminación cromosómica parcial (síndrome del maullido de gato)
12. Translocaciones cromosómicas (un gen localizado en un punto inusual en un cromosoma o en un cromosoma distinto al usual)
13. Defectos en los cromosomas o en la herencia cromosómica (síndrome del cromosoma X frágil, síndrome de Angelman, síndrome de Prader-Willi)
14. Errores en el número de cromosomas (síndrome de Down)

➤ **Infecciones (presentes al nacer o que ocurren después del nacimiento):**

1. CMV congénito
2. Rubéola congénita

3. Toxoplasmosis congénita
4. Encefalitis
5. Infección por VIH
6. Listeriosis
7. Meningitis

➤ **Psicosociales:**

1. **Pobreza ambiental:** falta de estimulación, ambientes deteriorados, ausencia de apoyo de los padres en las prácticas sociales y culturales normales, falta de interés de los padres respecto al desarrollo educativo e intelectual de los hijos, falta de estimulación social y verbal, escasa comunicación entre padres-hijos, etc.
2. **Maltrato:** castigos frecuentes, omisiones en el cuidado diario del niño como alimentación, higiene, salud, indiferencia y falta de atención.
3. **Consumo de sustancias psicotrópicas:** exposición intrauterina al alcohol, cocaína, anfetaminas y otras drogas.

2.2.2.4 Características del retraso mental

La característica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio que se acompaña de limitaciones significativas de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades:

Área Adaptativa

En el caso de aquellos que están más afectados, porque será uno de los hitos más importantes en su evolución; y en los casos más leves, porque será una de las principales garantías de éxito de su integración familiar y social (Puigdellívol, 1993).

Los hábitos de autonomía (control de esfínteres, alimentación, higiene personal y vestido) deben adquirirlos todos los niños, pero en el caso de los afectados con algún tipo de deficiencia mental este trabajo se alarga mucho más en el tiempo. Ello es debido, por un lado, a la lentitud especialmente en los casos más afectados) en el desarrollo fisiológico que

retrasa el aprendizaje de la masticación, el control de esfínteres, etc. y, por otro lado, a las dificultades motoras, especialmente las manipulativas, que también retrasan de forma considerable la adquisición de ciertos hábitos de autonomía (atarse los zapatos, uso de los cubiertos, etc.). Pero también interfieren en gran manera, a menudo, las pautas inadecuadas del entorno para enseñar estos hábitos, ya sea de sobreprotección (el niño no aprende hábitos porque ya se lo hacen todo) ya sea de rechazo (se considera una inutilidad enseñarle).

Área Cognitiva

La función cognitiva permite al hombre conocer, percibir y ordenar el mundo en su interior. En el caso de las personas deficientes mentales, se van a presentar dificultades o déficits en el desarrollo de esta función, como la dificultad mayor para generalizar, hacer aprendizajes flexibles, planificar el futuro, procesar la información, etc., hacen sus aprendizajes más lentos, más erróneos y más deficitarios.

La inteligencia y el propio aprendizaje se encuentran disminuidos si los comparamos con los niveles promedios de cada grupo de edad. Las operaciones mentales son las mismas pero incompletas y generalmente no alcanzan los niveles de abstracción. Si bien el déficit cognitivo está presente desde los primeros años de vida, es en el momento de la escolarización cuando éste se vuelve más evidente.

Cuando se alcanza la época de la adolescencia, los déficits cognitivos se traducen en un pensamiento excesivamente concreto, egocéntrico, con dificultades para la formación de conceptos y para el pensamiento abstracto.

Área Social

En cuanto a las habilidades sociales o de relación, un escenario perfecto para aprenderlas de manera natural es el juego ya que en él se interactúa con los otros en una tarea compartida. La aparición del juego simbólico hacia los dos años ya comporta una representación social del mundo y progresivamente el niño se irá interesando por los otros y por el juego compartido, aunque no será hasta los ocho años cuando presentará un espíritu

real de equipo y de sumisión a las normas. Todos estos hitos suponen desarrollarlas habilidades sociales que nos permiten integrarnos en los diferentes grupos en los que participamos. Pues bien, esta secuencia también se encuentra retrasada en el niño con deficiencia mental aunque, en general, el trabajo en esta área puede dar muy buenos frutos e incluso estimular el desarrollo, pueden llevar a estas personas a conductas afectivas y sexuales inadecuadas, por defecto o por exceso. Saber decir sí y decir no, presentar quejas, piropear, citarse y tantas otras habilidades interpersonales pueden estar limitadas.

Área Afectiva emocional

Podríamos decir que el adulto con retraso mental es más vulnerable y está más indefenso a las exigencias de su entorno. Sentimientos tales como dolor, placer, aburrimiento, diversión, fastidio, alegría, aflicción, envidia, celos, vergüenza... por supuesto que están presentes en él, pero la respuesta emocional, mediatizada por la dimensión cognitiva, a estas vivencias sí que, en general, es diferente ya que les resulta muy difícil la introspección, es decir, poder pensar sobre sus sentimientos, sobre cómo afectan a su conducta y qué repercusiones tienen en su ambiente presentan un bajo nivel de tolerancia a la frustración y una gran impulsividad que fácilmente se dejan llevar por sus fuertes vivencias emocionales, sin que sea posible el tamiz de lo cognitivo para atemperarlas. (Rodríguez Sacristán y Buceta. 1995). Las mayores dificultades para adaptarse al ambiente y para las relaciones con los otros provocan fácilmente ansiedad y baja autoestima, derivadas en gran parte de las dificultades para conocer el mundo, así como establecimiento de relaciones interpersonales inadecuadas como puede ser la sobre-protección, el aislamiento del mundo o cuando existe una afectación importante del lenguaje, formas primitivas de comunicación como conductas agresivas, auto-agresivas o autoestimulatorias.

2.2.2.5 Clasificación del retraso mental por la Asociación Mundial de Retraso Mental (AAMR): (19)

Según la profundidad del defecto intelectual:

R.M leve CI50-70

R.M moderado CI49-35

R.M severo CI20-34

R.M profundo CI -20

2.2.2.6 Retraso mental leve

El retraso mental leve es equivalente en líneas generales a lo que se considera en la categoría pedagógica como «educable». este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85 %) de las personas afectadas por el trastorno. consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. durante los últimos años de su adolescencia, pueden adquirir conocimientos académicos que les sitúan aproximadamente en un sexto curso de enseñanza básica. durante su vida adulta, acostumbran adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para una autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados. (DSM-IV f70.9 retraso mental leve 317). (14)

2.2.2.6.1 Características del retraso mental leve

El retraso se caracteriza por la aparición en los primeros años de vida del niño de un ligero retardo del desarrollo del lenguaje y la motricidad, especialmente en la motricidad fina, con un pobre desarrollo del vocabulario, sobre todo del activo. En ello es característico el pensamiento concreto y superficial, lo cual se refleja en todos los aspectos de su personalidad, principalmente del que tiene que ver con la actividad cognoscitiva, lo cual se pone de manifiesto, cuando el niño comienza a aprender la lectura, escritura y el cálculo, y

no puede vencer los objetivos correspondientes a su grado escolar, precisando de una enseñanza especial.

Para el tratamiento del retraso mental leve se debe tener en cuenta que presentan una inadecuada dirección hacia el objetivo de la actividad, tienen dificultad para comprender las orientaciones y para prever los resultados y aplicar sus experiencias a situaciones nuevas. Estas deficiencias en la realización de diferentes actividades se generan por las características de la esfera cognoscitiva, ya que no hacen un adecuado análisis de la actividad a realizar, y no comprenden adecuadamente las orientaciones, no tienen claridad en el objetivo que persiguen, se limitan a actuar de acuerdo a una pobre iniciativa, por lo que no logran tener éxito en la tarea. En otras ocasiones tratan de realizarlo y cuando tropiezan con la primera dificultad, la abandonan, presentan insuficiente desarrollo del lenguaje, ya que no cuentan con un vocabulario amplio que le permita comprender todas las orientaciones, insuficiente desarrollo de un pensamiento lógico para poder planificar cada una de las acciones que deben ejecutar.

2.2.2.6.2 Conductas problemáticas en el retraso mental leve

- 1) Muestran afecto indiscriminadamente, impulsivamente.
- 2) Muestran un juicio pobre y un razonamiento deficiente en el desarrollo de las relaciones afectivo-sexuales.
- 3) No pueden o les cuesta mucho expresar, explicar y verbalizar sentimientos, pensamientos y experiencias.
- 4) Tienen dificultad para interpretar actitudes y calificarlas adecuadamente, lo que en ocasiones genera abusos por parte de los adultos.
- 5) Tienen dificultad para distinguir la realidad de la no realidad, los sueños y experiencias fruto de la imaginación y de lo que realmente ocurre.
- 6) Tienen tendencia a mostrar su cuerpo o manifestaciones del mismo en cualquier situación.

2.2.2.7 Terapia conductual y retraso mental leve

La terapia conductual enfatiza las relaciones funcionales existentes entre la conducta y sus antecedentes y consecuencias ambientales. La asunción básica del enfoque conductual es que la conducta está controlada por los sucesos ambientales que rodean al sujeto. La modificación de conducta pretende rediseñar el ambiente del sujeto para moldear, mantener e incrementar patrones de conducta adaptativa (habilidades académicas, de comunicación, de autoayuda y extinguir o reducir patrones desadaptados (autoagresión, movimientos estereotipados, déficit de atención, etc.

La modificación de conducta se basa en el análisis de las interacciones entre la persona y el ambiente, que se expresa por la secuencia antecedentes-conducta-consecuencias. Según que el tipo de consecuencias sea gratificante o no lo sea, y que esas consecuencias sean presentadas o retiradas de la situación, se darán distintos tipos de contingencias o patrones de relación entre los antecedentes, las conductas y las consecuencias. Las distintas contingencias posibles dan lugar a diferentes principios de la terapia conductual: reforzamiento positivo, reforzamiento negativo, extinción y castigo. Los principios de reforzamiento son aquellos que incrementan y mantienen las conductas, mientras que los de castigo son aquellos que las disminuyen o extinguen. (1)

El modelo más influyente de enfocar conceptualmente las intervenciones terapéuticas con deficientes mentales ha sido el propuesto por Lindsay (1964). En este modelo se plantea que no basta con especificar los déficits conductuales, sino que se debe intentar determinar cuáles son las variables que controlan funcionalmente la conducta en cuestión.

2.2.2.8 Modelo de intervención de la Terapia Conductual en adultos con retraso mental leve

Las aplicaciones de la modificación de conducta a adultos con retraso mental leve se han dirigido a incrementar conductas adaptativas al medio y de aprendizaje académico, así como a eliminar o reducir comportamientos inapropiados que obstaculizan el proceso educativo.

Las investigaciones y estudios realizados se han centrado en mostrar la efectividad de procedimientos derivados del análisis conductual aplicado. Se ha demostrado repetidamente la eficacia de la alabanza y aprobación, el modelado, los programas de economía de fichas, la instrucción programada, el establecimiento de reglas en el aula, y el modelado para incrementar conductas académicas y adaptativas (Kazdin, 19789; O'Leary y O'Leary, 1977).

Por otro lado, la reducción o extinción de aquellas conductas inadaptadas se ha logrado utilizando el reforzamiento de conductas incompatibles, el tiempo fuera, el costo de respuesta, la extinción, las reprimendas suaves, y otros (Brinbrauer, 1976; O'Leary y O'Leary, 1977; Wetherby y Baumeister, 1981). Últimamente, la utilización de compañeros como agentes modificadores de la conducta, la perspectiva ecológica conductual, y las técnicas derivadas de la orientación cognitivo-conductual son algunos de los caminos más representativos por donde se orientan los trabajos aplicados.

La modificación de conducta ha desarrollado también múltiples programas de trabajo para aplicar en centros educativos: de repertorios básicos de conducta, de habilidades académicas, de habilidades sociales que facilitan la adaptación a la comunidad, de eliminación de conductas inadecuadas para el aprendizaje escolar, etc. dadas las limitaciones del presente trabajo haremos únicamente referencia al programa diseñado por los autores.

Los programas conductuales relacionados con las actividades académicas se han dirigido a modificar tres aspectos diferentes del sistema educativo (Galindo y col., 1 980): 1) conductas prerequisite necesarias para lograr un mejor aprendizaje, 2) condiciones que favorecen el aprendizaje, y 3) el papel del medio, los materiales, y la secuencia de actividades en el aula. Todos estos aspectos son importantes, pues hacen referencia al diseño ambiental más apropiado, al sistema motivacional que favorece el aprendizaje, y al análisis de objetivos y estructura de cada conducta.

El programa diseñado para eliminar y canalizar los comportamientos sexuales inadecuados de los adultos con retraso mental leve de la Fundación "Protección y Descanso" como son la masturbación en público y las caricias indebidas en zonas íntimas es el conocido como

Terapia Conductual en el comportamiento sexual inadecuado de los adultos con retraso mental leve.

Además de utilizar la teoría conductual (economía de fichas, reforzamientos, control de estímulos, modelamiento), este programa se basa en un análisis lógico de los conceptos y tareas (a fin de obtener mayor generalización de los entrenamientos), y en un análisis lógico del uso de materiales y apoyos en el aula.

Los componentes que caracterizan el programa son: énfasis en los objetivos, inclusión de los profesores en las aulas, uso estructurado del tiempo, implicación activa de los padres, entrenamiento y supervisión cuidadosa, y otros.

Con este programa, tras ocho semanas de aplicación, la mayor parte de los sujetos alcanzó a eliminar las caricias indebidas y canalizar la masturbación en público en un nivel normal de aceptación.

2.2.2.9 La sexualidad en el retraso mental leve

Las personas con retraso mental leve, son como los demás seres humanos integrales y no personas que tienen que “aprender” una sexualidad diferente. El deber de quienes están al cuidado de estas personas es darles instrumentos para que trabajen a partir de una identidad propia y de la valoración de sí mismos. La mejor forma de conocer los sentimientos, posibilidades, límites y emociones de estos seres humanos es recurrir a la mejor fuente: a ellos mismos”

Las personas con retraso mental leve pueden aprender contenidos básicos de educación sexual y prevenir situaciones o prácticas de riesgo. Pueden llegar a determinar su orientación sexual y elegir pareja hetero u homosexual. Pueden acceder por propia decisión a la vida reproductiva; de la misma forma ellos pueden aprender en educación sexual lo público y lo privado, dentro de esto lugares, partes del cuerpo, actividades... cuerpo – emociones: información básica para el autocuidado. Límites y relaciones: contactos, conversaciones, confianza. Distancia social: cómo dirigirse a los demás y cómo se dirigen a él/ella. Planes de seguridad. . (15)

2.2.2.10 Derechos sexuales de las personas con Retraso Mental

- * La persona con retraso mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.
- * El retraso mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.
- * El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y aun nivel de vida decoroso. Tiene derecho en la medida de sus posibilidades a desempeñar un empleo productivo o alguna ocupación útil.
- * De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace el propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los niveles de la vida normal.
- * El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado, en la enseñanza del vivir diario cuando esto resulte indispensable para la protección de su persona como por ejemplo la enseñanza sobre su sexualidad
- * El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante, ya que ellos no pueden controlar sus impulsos sexuales los mismos que deben ser dirigidos por un tutor. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.
- *El retrasado mental tiene derecho a expresar su sexualidad, a tener una familia, y a la protección bajo control de un tutor.
- * Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o

supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan el retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

2.2.2.11 Sexualidad en el retraso mental leve desde el punto de vista psicológico.

La sexualidad es la manera de vivir la propia situación. Es un concepto amplio que abarca todo lo relacionado con la realidad sexual de la persona con retraso mental. Cada persona con retraso mental leve tiene su propio modo de vivir el hecho de ser mujer u hombre, su propia manera de situarse en el mundo, mostrándose tal y como es. La sexualidad incluye la identidad sexual y de género que constituyen la conciencia de ser una persona sexuada, con el significado que cada persona dé a este hecho. La sexualidad se manifiesta a través de los roles genéricos que, a su vez, son la expresión de la propia identidad sexual y de género. (8)

2.2.2.12 Desarrollo de la sexualidad en el retraso mental leve.

Las personas con retraso mental tienen unas necesidades sexuales que satisfacer en el mismo sentido que las personas normales. Esta afirmación es interpretada de diferentes modos ya que, en ocasiones, se les considera infantiles y carentes de sexualidad y en otras, se les otorga un exagerado impulso sexual. No obstante, diversos autores defienden la idea de que las personas con retraso mental y las personas sin retraso presentan un desarrollo sexual similar. La diferencia básica radicaría en la dificultad de interpretación y control de las respuestas a estímulos sexuales de los deficientes. También existen diferencias entre este tipo de población.

Su desarrollo sexual depende de diversos factores: edad, sexo, grado de deficiencia y sus características personales y, sobre todo, de los prejuicios sociales. Para conseguir una sexualidad normalizada es conveniente evitar actitudes sobreprotectoras, ofrecerles experiencias y una amplia educación sexual.

La sexualidad del retrasado mental es un asunto complicado, si a menudo no es fácil tratar el tema de la sexualidad, se hace mucho más complejo en el caso de las personas con retraso mental. La presencia de la sexualidad en este segmento de la población ha sido vista como un problema más que como un atributo humano. Según López (2002, 32), “las personas tenemos un abanico de emociones que nos permite expresar todos los sentimientos de mil formas. Sentimos la necesidad de tocar y ser tocados, estimular y ser estimulados, etc. La necesidad de contacto corporal la resolvemos con los padres, durante la infancia, y con los amigos y la pareja durante la vida adulta y la vejez”. La necesidad específica de intimidad sexual la resolvemos con la pareja. Las personas con discapacidad intelectual, que son frecuentemente muy táctiles y menos reprimidas en relación al contacto corporal, parece que tienden a resolver esta necesidad con los padres y las personas que los cuidan. Sin embargo, es frecuente que no puedan resolver sus necesidades sexuales. Con frecuencia, el único recurso es el de la masturbación; un recurso que les permite disfrutar del placer pero que no puede satisfacer la necesidad de contacto e intimidad sexual con otras personas.

Las limitaciones propias del retraso mental, la sobreprotección familiar, la carencia de entornos en los que interactuar, hacen difícil que las personas discapacitadas tengan una verdadera vida interpersonal. Por lo tanto, podemos llegar a la conclusión de que con frecuencia estos sujetos tienen dificultades para resolver de manera adecuada sus necesidades interpersonales y de intimidad afectivo-sexual. Es de sentido común pensar que las personas retrasadas mentalmente tienen fallas en los procesos mentales que alteran su capacidad de abstraer y simbolizar y que dificultan la adquisición de aprendizajes. Por ello, poseen un tipo de pensamiento concreto que dificulta la comprensión de muchos conceptos; entre ellos, los relacionados con la diferencia de sexos y la reproducción. Sin embargo, Jerusalinsky (1988, 85) dice que “si bien la deficiencia mental puede generar un campo más restrictivo para el desplazamiento simbólico, sólo en los casos de deficiencia mental profunda se llega a niveles que imposibilitan el proceso de elaboración de los impulsos sexuales”.(17)

2.2.2.13 Efecto de la terapia conductual en el comportamiento sexual del adulto con retraso mental leve.

Las aplicaciones de las dos técnicas de modificación de conducta del condicionamiento operante a los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección Descanso” se han dirigido a eliminar y a encaminar determinados comportamientos sexuales inadecuados que obstaculizan el proceso educativo con su grupo de pares y personas quienes están a cargo de su cuidado diario en su medio de desarrollo institucional académico.

Las investigaciones y estudios realizados se han centrado en mostrar la efectividad de procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado. Se ha demostrado repetidamente la eficacia de la Alabanza y Aprobación, el Modelado, la Instrucción Programada, el establecimiento de Reglas en el aula, y el Modelado para incrementar conductas académicas y adaptativas (Kazdin, 1978 - 9; O’Leary y O’Leary, 1977). Por otro lado, la reducción o canalización de aquellas conductas inadaptadas se ha logrado utilizando el reforzamiento de conductas incompatibles, el tiempo fuera, el costo de respuesta, la extinción, las reprimendas suaves, y otros (Brinbrauer, 1976; O’Leary y O’Leary, 1977; Wetherby y Baumeister, 1981). Últimamente, la utilización de compañeros como agentes modificadores de la conducta, la perspectiva ecológica conductual, y las técnicas derivadas de la orientación cognitivo-conductual son algunos de los caminos más representativos por donde se orientan los trabajos aplicados. Los investigadores de este trabajo han creído conveniente desarrollar un programa que conjugue las dos técnicas como son la Economía de Fichas y Reforzadores (sociales y materiales), dirigidos al objetivo de eliminar y/o encaminar ciertos comportamientos sexuales inadecuados como las caricias indebidas en zonas íntimas (palmadas en las nalgas entre su grupo o personas de afuera y pellizcos en los pezones) y la masturbación en público que presentan los adultos con retraso mental leve en su grupo de pares y con las personas quienes están encargados en su desarrollo institucional académico. La modificación de conducta ha desarrollado también múltiples programas de trabajo para aplicar en centros educativos: de repertorios básicos de conducta, de habilidades académicas, de habilidades sociales que facilitan la adaptación a la comunidad, de eliminación de conductas inadecuadas para el aprendizaje escolar, etc. Dadas las limitaciones del presente trabajo haremos únicamente referencia al programa

clínico desarrollado por los autores para una modificación adecuada de los comportamientos sexuales inadecuados que presentan las personas con retraso mental leve.

El programa conductual relacionado con las actividades académicas de los adultos con retraso mental leve se ha dirigido a modificar dos aspectos diferentes del sistema educativo 1) la masturbación sin privacidad en lugares no aceptados que presentan estas personas, 2) caricias indebidas en zonas íntimas (palmadas en las nalgas y pellizcos en los pezones) a sus compañeros y personas quienes están a cargo de su desarrollo institucional académico que normalmente estas condiciones no favorecen el aprendizaje y aceptación de su entorno; para esto se ha estructurado secuencialmente las actividades que se llevara a cabo en la Fundación “Protección y Descanso”, no olvidando el rol que cada participante debe cumplir, el ambiente adecuado, los materiales necesarios debido a que todos estos aspectos son importantes, pues hacen referencia al diseño ambiental más apropiado del aula, al sistema motivacional que favorece el aprendizaje, y al análisis de objetivos y estructura de cada conducta deseada. Las técnicas de utilización del condicionamiento operante como son la economía de fichas y el reforzamiento que se ha utilizado en estos pacientes son efectivas y de fácil aplicación en la canalización de comportamientos adaptables a su medio social, familiar y estudiantil incluyendo al comportamiento sexual sus derechos y deberes de los mismos. En el desarrollo del programa conductual se pudo evidenciar una aceptación favorable por parte de los participantes, al llevar la estructura diseñada al pie de la letra se observó una disminución paulatinamente en dichos comportamientos, los adultos con retraso mental leve se acoplaron al programa, tras varias sesiones semanales y proporción de los reforzadores a los participantes de acuerdo a los puntajes alcanzados se dedujo que los participantes que no obtuvieron el puntaje deseado en una semana a la siguiente lo ganaban debido a que el participante que obtuvo el puntaje requerido sirvió como estímulo para los demás y tras este deseo de ser ahora el que reciba este reforzador luchaban en la siguiente semana para alcanzar los reforzadores de su deseo, la consistencia de ocho semanas y una evaluación final se concluye que la integración y consistencia de todo el personal a cargo del cuidado de estas personas y la intervención de los investigadores se pudo cumplir el objetivo deseado, dejando a libertad del lector uniéndose a estos enfoques que el programa conductual estructurado puede rediseñarse con objetivos constructivos en base a presupuestos conductuales

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Acariciar: Tocar a la pareja para brindar placer sexual.

Aceptación sexual: Aceptar el sexo y la sexualidad como fuerzas constructivas de la vida humana.

Acoso sexual: Insinuaciones sexuales no deseadas con gestos, lenguaje o contacto físico sugestivos.

Asexual: Carente del deseo de practicar juegos sexuales con la pareja.

Ataque sexual: El uso de fuerza o violencia, física o psicológica, para hacer que una persona participe en una actividad sexual.

Auto complacerse: Masturbarse.

Características sexuales primarias: Órganos del cuerpo y estructuras y funciones reproductivas que difieren entre hombres y mujeres. Las diferencias incluyen los órganos sexuales y reproductivos internos y externos. También incluye la capacidad de la mujer de producir óvulos y del hombre de producir esperma.

Características sexuales secundarias: Características del cuerpo causadas por las hormonas, que se desarrollan durante la pubertad y duran hasta la vida adulta. En las mujeres, incluye el desarrollo de los senos y el ensanchamiento de las caderas. En los hombres, incluye el crecimiento del vello facial. A ambos géneros les crece el vello en el pubis y en las axilas.

Castigo físico: Forma de disciplina que aplica dolor al cuerpo de una persona, generalmente un niño.

Celos: Ansiedad por el amor y el compromiso de una pareja.

Censura: Prohibición oficial de información considerada ofensiva o peligrosa.

Ciclo de respuesta sexual: Patrón de respuesta humana a estímulos sexuales. Las cinco fases del ciclo son deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.

Clímax: Orgasmo o tener un orgasmo.

Coito: Juegos sexuales en los que el pene penetra la vagina. También se denomina "relación sexual vaginal".

Conflicto de Edipo: Teoría freudiana que establece que los niños sienten una atracción sexual inconsciente por la madre (en el caso de los hombres) y por el padre (en el caso de las mujeres), y que provoca una actitud hostil hacia el padre (por parte de los hombres) o hacia la madre (por parte de las mujeres). También se lo denomina "complejo de Edipo".

Conflicto sexual: El choque entre el impulso sexual y la inhibición sexual.

Cortejo: Proceso por el cual dos personas intentan atraerse, sexual y emocionalmente, frecuentemente con el objetivo de establecer una relación tal como el matrimonio. El modo de llevar a cabo el cortejo está influenciado tanto por normas culturales como por el instinto sexual. Para todos los animales, incluidos los humanos, el cortejo implica que ambos individuos envíen señales para tener relaciones entre personas del sexo opuesto y del mismo sexo.

Cultura: Creencias, valores, patrimonios, costumbres, normas, arte, comida, idioma y rituales que se comparten en una comunidad.

Depresión: Sensación de gran tristeza que se apodera de la vida de las personas.

Deseo sexual: Atracción que produce una excitación física fuerte; necesidad de intimidad sexual y de practicar juegos sexuales.

Discapacidades de desarrollo: Limitaciones físicas o cognitivas que se presentan en el nacimiento y que duran toda la vida.

Efectos del alcoholismo fetal: Anomalías provocadas por el consumo de alcohol durante el embarazo que pueden ser menos graves que aquellas relacionadas con el síndrome de alcoholismo fetal.

Enamoramiento: Atracción impulsiva, emocional y erótica, generalmente de corta duración, hacia otra persona.

Erección espontánea: Endurecimiento del pene que se produce sin tener fantasías sexuales u otro estímulo. Generalmente ocurre durante la primera etapa de la adolescencia.

Excitación: Reacción física del cuerpo al deseo y a la estimulación. Segunda fase del ciclo de respuesta sexual.

Eyacuación: Momento en el que el esperma es expulsado a través del orificio de la uretra en el glande del pene.

Fantasía: Imaginar una experiencia, generalmente sexual o sexualmente excitante. La mayoría de las fantasías sexuales son breves. Por ejemplo, podemos imaginarnos por unos segundos a una estrella de cine desnuda. Otras fantasías sexuales son más largas. Por ejemplo, podemos imaginarnos un encuentro sexual que tuvimos mientras nos masturbamos o practicamos juegos sexuales con otros.

Frotamiento: Fricción de cuerpos sin ropa. También se denomina "sexo seco".

Genitales: Órganos sexuales y reproductivos externos: La vulva en las mujeres, el pene y el escroto en los hombres. Algunas veces, los órganos reproductivos internos también son denominados genitales.

Hipersexual: Tener más libido (deseo sexual) que la mayoría de las personas..

Impulso sexual: Necesidad y deseo natural de tener relaciones sexuales. También se denomina "libido".

Inhibición: Sentirse reprimido a causa del miedo o la culpa.

Inhibición sexual: La represión del deseo sexual.

Intimidad: Cercanía y familiaridad que se siente cuando se comparte la privacidad y la identidad personal con otra persona.

Libido: Impulso sexual.

Masturbación: Tocarse el cuerpo y órganos sexuales propios para obtener placer sexual.

Norma cultural: Actividad, creencia o valor compartido por los miembros de una cultura en particular. La desviación de las normas culturales generalmente provoca burlas, castigos o prohibiciones.

Normas de sexualidad: Estándares sociales que derivan de las actitudes, costumbres y expectativas de una sociedad con relación al sexo y la sexualidad. Por ejemplo, una de las normas de sexualidad en los EE.UU. es que las mujeres y hombres sólo tienen una pareja sexual a la vez.

Obscenidad: Imágenes para la excitación sexual que la sociedad considera ofensivas.

Orgasmo: Pico de excitación sexual en el cual todos los músculos que se contrajeron durante la excitación sexual se relajan y causan una sensación de placer intenso que puede recorrer todo el cuerpo. La cuarta fase del ciclo de respuesta sexual.

Perversión o pervertido: Término coloquial que se refiere a la conducta sexual poco común.

Represión sexual: Represión social o familiar de actividades, ideas o identidades sexuales que se consideran perjudiciales o incorrectas según las normas morales.

Sexo: Identificación biológica de una persona como femenino, masculino o intersexual. También se refiere al acto de juegos sexuales.

Sexualidad: Género, rol de género, identidad de género, orientación sexual, preferencia sexual, y la forma en que estos afectan la vida emocional, física, social y espiritual de una persona. La sexualidad es determinada por la familia y las normas sociales de la comunidad.

Tabú sexual: Una conducta, una relación, un símbolo o una palabra relacionada con el sexo y la sexualidad que prohíbe una sociedad porque es una grave violación a las normas sociales y religiosas. Uno de los tabúes sexuales más frecuentes en todo el mundo es el incesto. Otro tabú generalizado es el hecho de tener contacto con una mujer que atraviesa su periodo menstrual.

Trastorno sexual: Disfunción física y psicológica que afecta la fertilidad, la anatomía, la conducta sexual o la salud sexual.

Valores: Ideas sobre lo que es correcto, moral o importante.

Vergüenza: Sentir pena o humillación por una incapacidad o por ser descubierto haciendo algo prohibido. En general, está asociado con el sexo y la sexualidad.

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES.

2.4.1 HIPÓTESIS

¿La terapia conductual modifica los comportamientos sexuales inadecuados en los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba?

2.4.2. VARIABLES

2.4.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

La terapia conductual.

2.4.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE

El comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	CATEGORÍA	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
VARIABLE INDEPENDIENTE Terapia conductual	Es una forma de tratamiento psicológico que a través de técnicas transforma, modifica o cambia acciones en el individuo.	Tratamiento Psicológico. Modificación de conductas	- Técnicas *Economía de fichas *Reforzamientos	*Observación -Ficha de seguimiento
VARIABLE DEPENDIENTE Comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve	Presentan varias conductas sexuales, entre ellos están algunos comportamientos inadecuados con el medio que lo rodea.	Comportamientos sexuales inadecuados.	*Negativos -Masturbación en público. -Caricias indebidas en partes íntimas.	*Encuestas -Cuestionario -Fichas de Observación inicial y final.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

La metodología que se utilizó para llegar a realizar el presente trabajo fue:

3.1 MÉTODO

Para el desarrollo de la investigación se utilizó el método inductivo-deductivo que es el que nos encaminó y guió todas las acciones hasta llegar a comprobar los hechos y fenómenos que se investigaron; y el método analítico que es el que nos sirvió para el análisis de los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos utilizados y luego se llegó a las conclusiones como aspecto final de la investigación.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es Descriptiva porque describe la realidad de las dos variables ya que este estudio permitió determinar la eficacia de la terapia conductual en el comportamiento sexual inadecuado de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso”.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es cuasiexperimental, puesto que valoramos el efecto de la variable independiente sobre la variable dependiente, en este caso la terapia conductual como variable independiente sobre los comportamientos sexuales inadecuados de los adultos con retraso mental leve como variable dependiente.

3.4 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es transversal porque se realizó en un tiempo determinado de enero a abril del 2012.

3.5 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1 POBLACIÓN

La población de la Fundación “Protección y Descanso” fue de un total de 36 personas con diferentes patologías mentales.

3.5.2 MUESTRA

La muestra de esta investigación son 10 adultos varones con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” comprendidas entre 18 y 36 años de edad cronológica, procedentes de la Provincia de Chimborazo, Cantón Riobamba.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Por tratarse de una investigación cuasiexperimental las técnicas e instrumentos que se utilizaron para recolectar la información del grupo en estudio fueron:

- **Encuesta:** Aplicada a través de un cuestionario a los docentes y personal del cuidado de la Fundación “Protección y Descanso”, con el objetivo de conocer la existencia de comportamientos sexuales inadecuados que más sobresalen en los adultos con retraso mental leve. (Anexo # 01)
- **Ficha de Observación inicial:** Aplicada mediante la observación clínica con el propósito de registrar y diagnosticar en porcentajes los dos comportamientos sexuales inadecuados más sobresalientes de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” durante cinco días antes de comenzar el desarrollo de la intervención clínica y aplicación de las técnicas de modificación de la conducta de la terapia conductual. (Anexo # 02)
- **Perfil de muestreo:** Que sirvió como reforzador generalizado para la visualización y recordatorio de los pacientes en la aplicación de las dos técnicas de modificación de conducta como fueron la economía de fichas y los reforzadores, donde se registró todos los días el puntaje que cada paciente obtuvo para una aplicación posterior de los reforzadores. (Anexo # 03)
- **Fichas de seguimiento psicoterapéutico:** Donde se registró la presencia de los comportamientos sexuales inadecuados como fueron la masturbación en público y

las caricias indebidas en zonas íntimas en disminución de cada paciente durante ocho semanas. (Anexo # 04)

- **Ficha de observación final:** Se desarrolló mediante la observación clínica para verificar la efectividad de la terapia conductual en el comportamiento sexual inadecuado de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” con el propósito de registrar la disminución en porcentajes los dos comportamientos sexuales inadecuados más sobresalientes durante cinco días después de aplicar y modificar dichos comportamientos a través de la aplicación de las técnicas de modificación de la conducta de la terapia conductual.(Anexo # 05)

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La modificación de los comportamientos sexuales inadecuados de los adultos con retraso mental leve que participaron en el proceso investigativo a través de técnicas de Terapia Conductual fueron recolectados y sometidos a un análisis e interpretación de los resultados obtenidos como consecuencia de la aplicación de las dos técnicas de modificación de conducta.

Luego de recolectar la información mediante la observación clínica y la Ficha de observación final procedimos a interpretar los resultados y poder generar un nuevo conocimiento científico.

- Tabulación de la información.
 - Realizar cuadros estadísticos y gráficos.
 - Análisis de datos.
 - Interpretamos los datos.
 - Procederemos a la comprobación de hipótesis, por lo que se utilizará la Estadística Descriptiva, cuyo método eficiente para llegar a la comprobación de la hipótesis planteada es la porcentual.
 - Determinaremos conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 POBLACIÓN Y MUESTRA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO”.

CUADRO N° 01

Población	muestra
36 Personas adultas con diferentes patologías	10 Adultos varones con retraso mental leve

FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

GRAFICON° 01



FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

4.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS DOCENTES DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO”.

Pregunta 01: Identifique cuál o cuáles comportamientos sexuales ha observado en las personas adultas con retraso mental leve que asisten a esta fundación y la frecuencia con que se presentan dichos comportamientos.

CUADRO N° 02

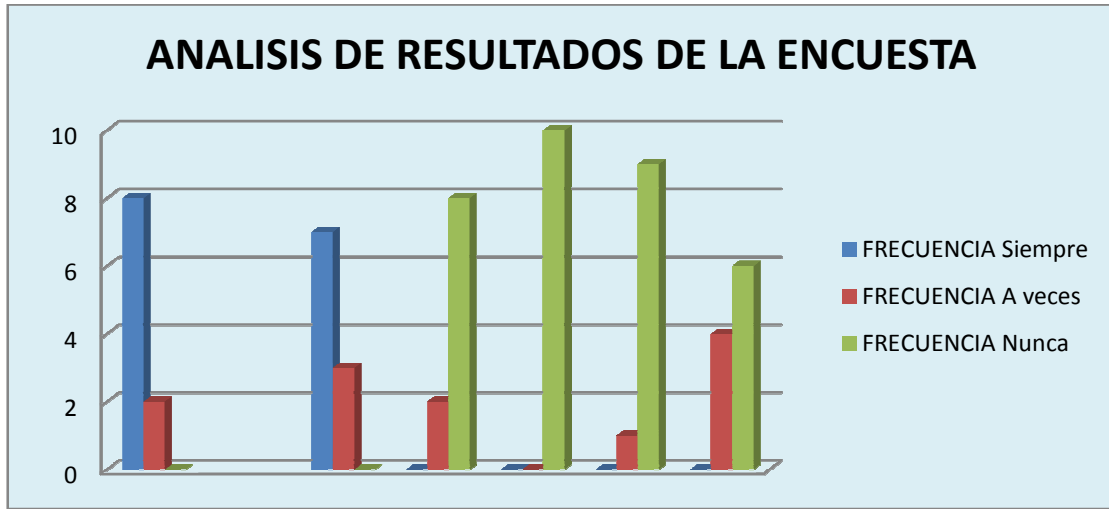
ENCUESTA APLICADA A LOS DOCENTES DE LA FUNDACIÓN “PROTECCION Y DESCANSO”

COMPORTAMIENTOS SEXUALES	PRESENTACIÓN DE LA CONDUCTA	FRECUENCIA		
		Siempre	A veces	Nunca
Masturbación en público.	Si	8	2	0
Caricias indebidas en zonas íntimas (palmadas agresivas o no agresivas en las nalgas, pellizcos de los pezones entre su grupo o fuera de su grupo).	Si	7	3	0
Abrazos y besos a otras personas en contra de la voluntad de éstas.	Si	0	2	8
Frotamiento de su cuerpo o genitales en otros cuerpos disimuladamente.	No	0	0	10
Acoso sexual a través de insinuaciones sexuales no deseadas con gestos, lenguaje o contacto físico sugestivos.	Si	0	1	9
Tendencia a mostrar su cuerpo en cualquier situación.	Si	0	4	6

FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

GRÁFICO N° 02



FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los diez docentes encuestados sobre la presencia de los diferentes comportamientos sexuales inadecuados en los adultos con retraso mental leve se evidencia que dos comportamientos de seis son los que más se presencian en los pacientes como son la masturbación en público y caricias indebidamente en zonas íntimas, apareciendo en tercer lugar la tendencia a mostrar su cuerpo en cualquier situación, siendo este tercer comportamiento no tomado en cuenta en este trabajo por su aparición en una sola persona.

En porcentajes se evidencia que en un rango de 100 % un 80 % presentan conductas masturbatorias en público siempre y en un 20 % refieren que a veces, dándonos como resultado que este comportamiento es el que más se evidencia en este grupo de personas con retraso mental leve; mientras que el segundo comportamiento que más se destaca según la encuesta es las caricias indebidamente en zonas íntimas (palmadas agresivas o no agresivas en las nalgas, pellizcos de los pezones entre su grupo o fuera de su grupo) con un porcentaje de 70 % se evidencia siempre y en un 30 % se evidencia a veces; en tercer lugar aparece el comportamiento de tendencia a mostrar su cuerpo en cualquier situación en un porcentaje de 40

% que nos da la presencia de a veces y un 60 % de nunca; finalmente en los otros tres comportamientos sexuales como son: abrazos y besos a otras personas en contra de la voluntad de éstas, frotamiento de su cuerpo o genitales en otros cuerpos disimuladamente, acoso sexual a través de insinuaciones sexuales no deseadas con gestos, lenguaje o contacto físico sugestivos la frecuencia de aparición es baja.

La masturbación en público, tanto femenina como masculina, es la estimulación de los órganos genitales con el objeto de obtener placer sexual, pudiendo llegar o no al orgasmo. La masturbación en público suele efectuarse con las manos o mediante el frotamiento de los genitales contra algún objeto adecuado, o los llamados «juguetes sexuales», para obtener este tipo de excitación. Se atribuye a Sigmund Freud el descubrimiento de que la masturbación es algo común en la infancia.

Las caricias indebidamente en zonas íntimas (palmadas agresivas o no agresivas en las nalgas, pellizcos de los pezones entre su grupo o fuera de su grupo) y la masturbación en lugares donde no existe privacidad, en la normalidad no deberían de aparecer en ningún grupo. Las personas con retraso mental leve han desarrollado estos comportamientos sexuales como algo normal con su grupo y en ocasiones con personas que ya establecieron. Estos comportamientos generan malestar en las personas que se encuentran a su alrededor, interfiriendo todo esto en su formación educacional, social, psicológica y familiar.

Las personas con retraso mental leve tienen una necesidad sexual que satisfacer en el mismo sentido que las personas normales. Esta afirmación es interpretada de diferentes modos ya que, en ocasiones, se les considera infantiles y carentes de sexualidad y en otras, se les otorga un exagerado impulso sexual. La diferencia básica radicaría en la dificultad de interpretación y control de las respuestas a estímulos sexuales de los deficientes, Jerusalinsky (1988).

Pregunta N°2: De qué manera ha intentado controlar o canalizar estos comportamientos sexuales inadecuados que presentan las personas adultas con retraso mental leve de esta fundación?

CUADRO N° 03

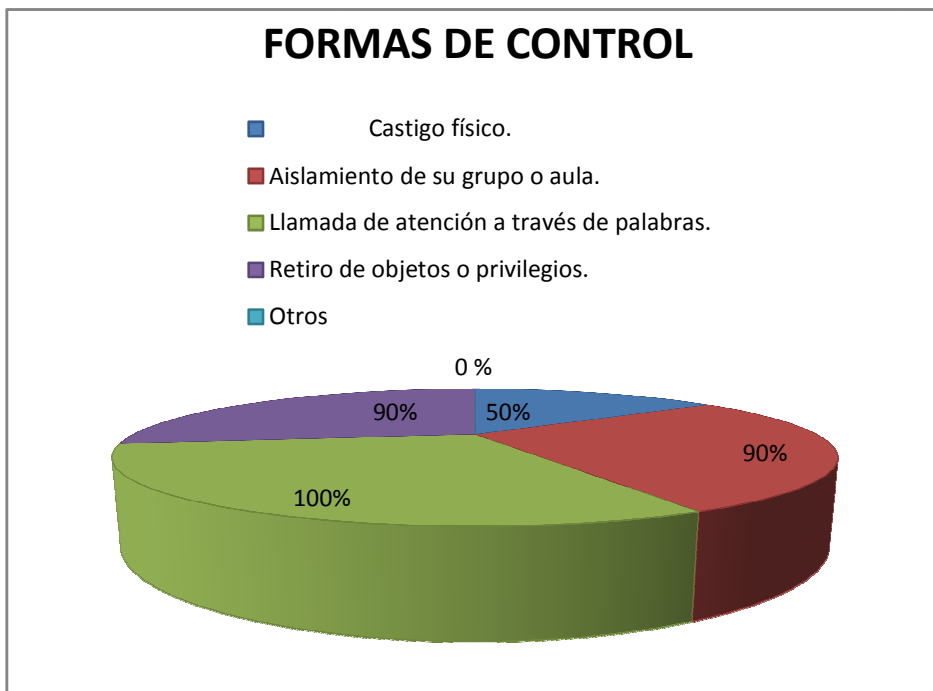
FORMAS DE CONTROL DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES INADECUADOS.

Formas de control	Castigo físico	Aislamiento de su grupo o aula.	Llamada de atención a través de palabras.	Retiro de objetos o privilegios	Otros
Porcentaje de la aplicación de las formas de control por los docentes.	50 %	90 %	100 %	90 %	0 %

FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

GRÁFICO N°03



FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los diez docentes encuestados sobre las maneras que utilizan para controlar o canalizar los diferentes comportamientos sexuales que presentan los adultos con retraso mental leve se evidencia que un 50 % utilizan el castigo físico como es el ejercicio físico, un baño en la ducha; otra manera que utilizan es el aislamiento de su grupo o exclusión del aula en un tiempo determinado en con un rango de 90 %; otra manera encontrada es que en un 100 % utilizan la llamada de atención a través de palabras con estímulos negativos como amenazas, llamada a los padres; en un 90 % también utilizan el retiro de objetos privilegiados como salidas a la piscina, retiro de colación, pérdida de recreos y finalmente en un 0 % refieren no utilizar o conocer de otros métodos.

Muchas de las veces en los centros educativos especiales o no los docentes utilizan formas de cambiar comportamientos sin preparación o estructuración adecuada, es decir empíricamente, obteniendo como resultado una pérdida de tiempo ya que el comportamiento deseado aparece sólo por ese instante por temor inmediato, luego de esto pasado la situación aparece nuevamente la conducta que se deseó eliminar, perdiéndose la efectividad de estas técnicas y no utilizan otras alternativas por desconocimiento.

La modificación de conducta ha desarrollado múltiples programas de trabajo para aplicar en centros educativos: de repertorios básicos de conducta, de habilidades académicas, de habilidades sociales que facilitan la adaptación a la comunidad, de eliminación de conductas inadecuadas para el aprendizaje escolar, etc. dadas las limitaciones del centro y falta de una organización adecuada de insertar un programa de modificación de conducta no permiten que estos centros evolucionen favorablemente en beneficio de los usuarios.

4.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN INICIAL DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES INADECUADOS.

CUADRO N° 04

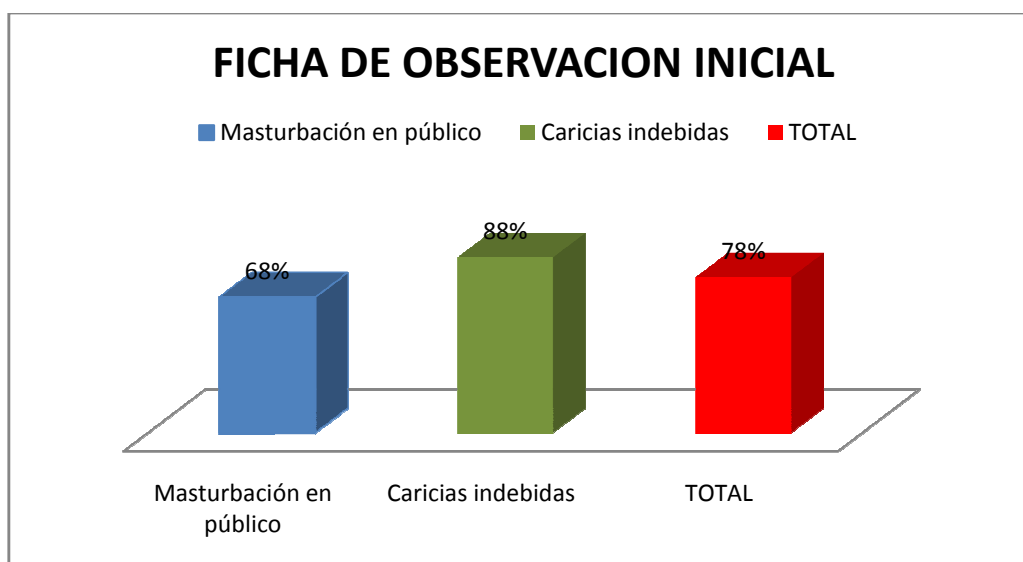
FICHA DE OBSERVACIÓN INICIAL

Pacientes en números	01		02		03		04		05		06		07		08		09		10	
Comportamientos Sexuales Inadecuados	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI
Interpretación en porcentaje total de los dos comportamientos al finalizar el período de observación.	90 %		80 %		80 %		90 %		80 %		100 %		50 %		80 %		50 %		80 %	
Porcentaje total de la aparición de las dos conductas en los diez pacientes.	Masturbación en público 68% / 100%										Caricias indebidas 88% / 100%									
APARICION GLOBAL DE LOS DOS COMPORTAMIENTOS.	78% / 100%																			

FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

GRÁFICO N°04



FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al finalizar el periodo de observación en el lapso de una semana en la ficha inicial del comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve, se puede evidenciar y comprobar claramente que en los pacientes se encuentran presentes los dos comportamientos como son la masturbación en público 68% sobre 100% y las caricias indebidamente en zonas íntimas en un 88% sobre 100%. En un porcentaje alto de pacientes las caricias indebidamente han sido las más sobresalientes y las más practicadas dentro de la Fundación Protección y Descanso.

Emerson y cols. (1999) señalan que entre el 10- 15% de las personas con retraso mental leve que utilizan servicios educativos, sociales o sanitarios presentan alteraciones de conductas. Otros autores señalan tasas entre el 46 y el 60%. De acuerdo con Emerson, las alteraciones conductuales más frecuentes son los comportamientos limitadores de la actividad y la participación, las de tipo disocial (9- 12%), agresión (7%), comportamiento destructivo (4-5%) y autolesiones (4%). En esta investigación, sobre una población de 10 sujetos con retraso mental leve encontramos una tasa global de aparición de problemas de conducta sexuales del 78% sobre 100%.

4.4. ANÁLISIS SOBRE EL REGISTRO GENERAL DE EL PERFIL DE MUESTREO EN EL DESARROLLO DE LAS DOS TÉCNICAS CONDUCTUALES APLICADAS EN EL COMPORTAMIENTO SEXUAL INADECUADO DE LOS ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE.

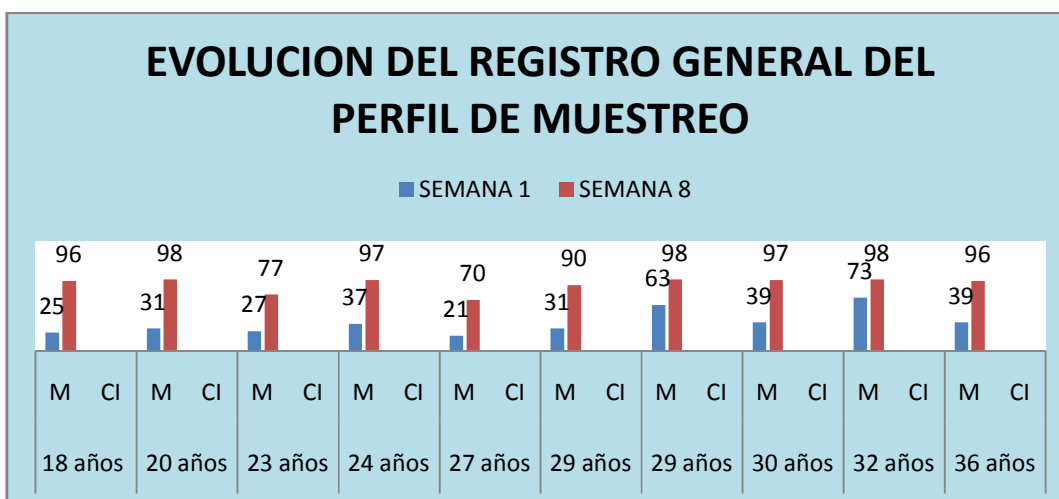
CUADRO N° 05

CATEGORIA DE EVOLUCIÓN DE LA PRIMERA Y ULTIMA SEMANA												
Pacientes	Pcte. 01	Pcte. 02	Pcte. 03	Pcte. 04	Pcte. 05	Pcte. 06	Pcte. 07	Pcte. 08	Pcte. 09	Pcte. 10		
	18 años	20 años	23 años	24 años	27 años	29 años	29 años	30 años	32 años	36 años		
Comportamientos Semanas	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI
	Primera semana	25	31	27	37	21	31	63	39	73	39	
Octava semana	96	98	77	97	70	90	98	97	98	96		

FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

GRÁFICO N°05



FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En los diez pacientes con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso”, se puede observar que en la primera semana de tratamiento mediante la suma de fichas que proporcionaron los diez profesores con un rango de 100 fichas semanales adquieren un puntaje bajo dando como resultado la no adquisición en todos al primer reforzador, pasado esta semana encajándose de mejor manera en el programa de la terapia conductual ascienden de puntaje favorablemente en las siguientes siete semanas, evolucionando en la adquisición de los reforzadores y disminuyendo paulatinamente la aparición de los comportamientos sexuales inadecuados y finalmente en la octava semana obtiene ascienden a porcentajes cercanos al 100 % haciéndose acreedores al reforzador tres que fue la salida a la piscina más un almuerzo, concluyendo de esta forma satisfactoriamente el programa de la terapia conductual y desapareciendo casi en su totalidad sus comportamientos sexuales inadecuados, para que la terapia no hay resultado en 2 paciente satisfactoriamente se puede deber a muchos factores como la agresividad y el rechazo a la terapia que ellos demostraban, además pudo deberse a la estructura familiar disfuncional y a las costumbres y hábitos de acuerdo a su cultura.

Las investigaciones y estudios realizados se han centrado en mostrar la efectividad de procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado. Se ha demostrado repetidamente la eficacia y Aprobación, el Modelado, los programas de Economía de Fichas, la Instrucción Programada, el establecimiento de Reglas en el aula, y el Modelado para incrementar conductas académicas y adaptativas (Kazdin, 19789; O’Leary y O’Leary, 1977).

Por otro lado, la reducción o extinción de aquellas conductas inadaptadas se ha logrado utilizando el reforzamiento de conductas incompatibles, el tiempo fuera, el costo de respuesta, la extinción, las reprimendas suaves, y otros (Brinbrauer, 1976; O’Leary y O’Leary, 1977; Wetherby y Baumeister, 1981).

Las aplicaciones de las dos técnicas de modificación de conducta a adultos con retraso mental leve se han dirigido a reducir y probablemente hasta a eliminar comportamientos sexuales inadecuados que obstaculizan el proceso educativo con su grupo de pares y personas quienes están a cargo de su cuidado diario en su medio de desarrollo institucional académico, se puede observar claramente que en los diez pacientes resulta favorable la aplicación combinada de las dos técnicas de modificación de conducta como son la economía de fichas y los reforzadores.

Los programas conductuales relacionados con las actividades académicas se han dirigido a modificar tres aspectos diferentes del sistema educativo (Galindo y col., 1980): 1) conductas prerequisite necesarias para lograr un mejor aprendizaje, 2) condiciones que favorecen el aprendizaje, y 3) el papel del medio, los materiales, y la secuencia de actividades en el aula. Todos estos aspectos son importantes, pues hacen referencia al diseño ambiental más apropiado, al sistema motivacional que favorece el aprendizaje, y al análisis de objetivos y estructura de cada conducta.

Además de utilizar la teoría conductual (reforzamiento, control de estímulos, modelamiento), este programa se basó en un análisis lógico de los conceptos y tareas (a fin de obtener mayor generalización de los entrenamientos), y en un análisis lógico del uso de materiales y apoyos en el aula.

Los componentes que caracterizan el programa fueron: énfasis en los objetivos comportamentales, inclusión de profesores adicionales en las aulas, uso estructurado del tiempo, implicación activa de los padres, entrenamiento y supervisión cuidadosa, y otros (Becker, Engelmann, Carnine y Rhine, 1981).

4.5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN FINAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL INADECUADO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO”.

CUADRO N° 06

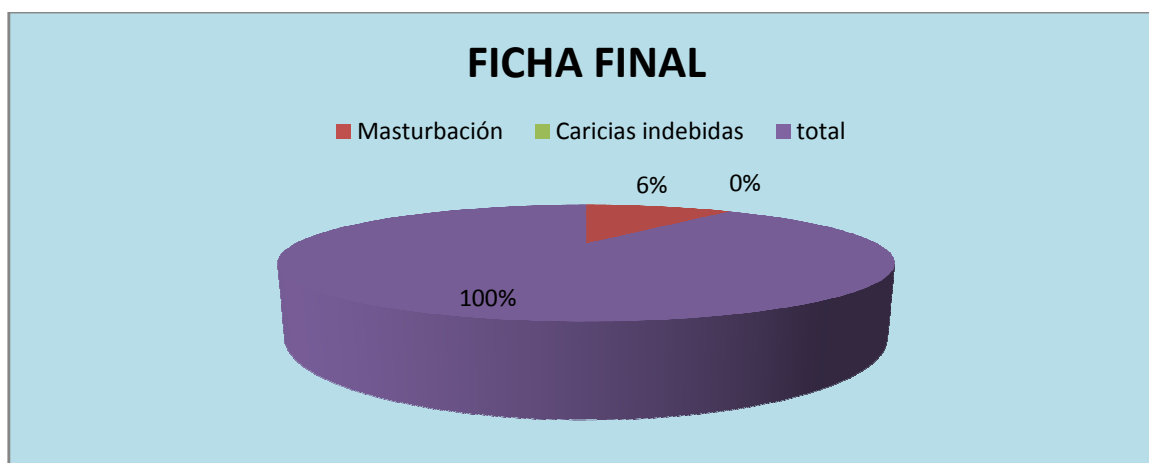
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA FICHA DE OBSERVACIÓN FINAL

Pacientes en números	01		02		03		04		05		06		07		08		09		10	
Comportamientos Sexuales Inadecuados	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI
Total de los dos comportamientos al finalizar el período de observación.	0 %		0 %		20 %		0 %		30 %		10 %		0 %		0 %		0 %		0 %	
Porcentaje total de la aparición de las dos conductas en los diez pacientes.	Masturbación 6% / 100%										Caricias indebidas 0% / 100%									

FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

GRÁFICO N°06



FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al finalizar el período de observación de una semana en la ficha final del comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve, se puede evidenciar y comprobar claramente que en los pacientes 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10 que equivale a un 70 % de la población estudiada ha desaparecido los rangos de aparición de comportamientos sexual inadecuado; en los pacientes 3 y 6 persiste aun en un rango muy bajo el comportamiento sexual de la masturbación con una equivalencia al 20 % de la población estudiada y finalmente en el paciente 5 en un porcentaje muy bajo al de la aparición total de su comportamiento aparece las caricias indebidas en zonas íntimas en un porcentaje de 10 % que equivale a un 10 % de la población estudiada.

Para que en ciertos pacientes haya aparecido determinados porcentajes no satisfactorios, se puede deber a muchos factores entre ellos la agresividad y el rechazo a la terapia por parte del paciente, la estructura familiar disfuncional o las costumbres y hábitos de acuerdo a su cultura.

4.6 COMPARACIÓN DE LOS REGISTROS DE LAS DOS FICHAS INICIAL Y FINAL SOBRE EL COMPORTAMIENTO SEXUAL INADECUADO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO”.

CUADRO N° 07

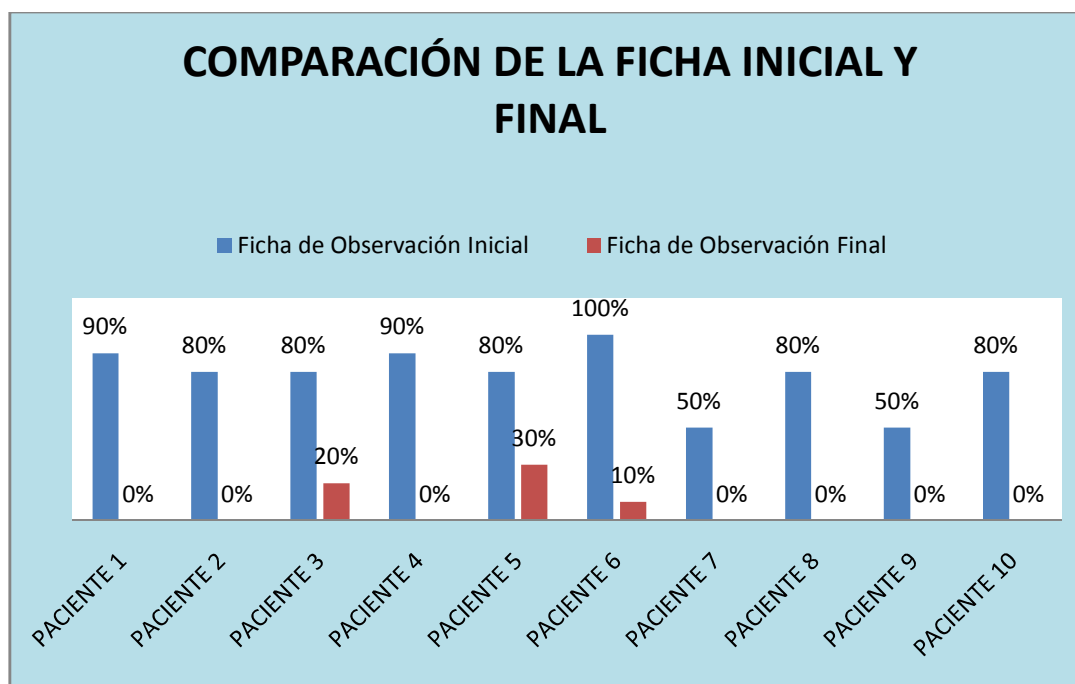
Registros de las dos fichas inicial y final

PACIENTES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Ficha de Observación Inicial	90 %	80 %	80 %	90 %	80 %	100 %	50 %	80 %	50 %	80 %
Ficha de Observación Final	0 %	0 %	20 %	0 %	30 %	10 %	0 %	0 %	0 %	0 %

FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca

GRÁFICO N° 07



FUENTE: Fundación “Protección y Descanso” de la Ciudad de Riobamba.

ELABORADO POR: Diego Silva, Pedro Yumisaca.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Al finalizar la observación de la ficha final y comparar con la ficha inicial se puede evidenciar claramente que la terapia conductual y sus dos técnicas de modificación de conductas seleccionadas y acopladas a los requerimientos de la eliminación y canalización de los comportamientos sexuales inadecuados se puede observar que existe una modificación satisfactoria apareciendo porcentajes muy bajos en la persistencia de dichos comportamientos, esto se puede deber a otros factores como familiares, sociales o culturales de cada paciente. Según Garry y Otros (2007, p.7) “La modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable”.

4.7 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

En la finalización del trabajo se puede observar con claridad que el programa diseñado de la terapia conductual con dos técnicas de modificación de conducta del Condicionamiento Operante que son la Economía de Fichas y el Reforzamiento Social es eficaz en la aplicación de la modificación de los comportamientos sexuales inadecuados como fueron la masturbación en público y las caricias indebidas en zonas Íntimas entre su grupo o fuera de su grupo de los diez adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso de la ciudad de Riobamba en el lapso de ocho semanas, como podemos observar en el cuadro número 02 en el registro de la ficha inicial en ocho de diez pacientes se presentaba los dos comportamientos y solo en dos se presentaba un solo comportamiento, al finalizar en la ficha final se registra que solo en los pacientes 3, 5 y 6 permanecen el comportamiento de la masturbación en público en un índice muy bajo que es de 10% a 30 % sobre 100 %, con estos resultados se comprueba la hipótesis de “La terapia conductual modifica los comportamientos sexuales inadecuados en los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” de la ciudad de Riobamba” planteada en este trabajo, para que en determinados pacientes no haya sido efectivo al 100 % el programa

diseñado de la terapia conductual se puede deber a otros factores como familiares, sociales o culturales de cada paciente.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Luego de haber investigado y analizado los comportamientos sexuales que presentan las personas con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” mediante diferentes técnicas clínicas, aplicado a la Terapia Conductual con sus técnicas de modificación de conducta seleccionadas de acuerdo a nuestro punto de vista y modificado a determinados comportamientos sexuales no deseados en la institución llegamos a determinar qué:

- Mediante la investigación se pudo comprobar que en un 68 % de los diez pacientes evaluados presentan conductas masturbatorias en público siendo uno de los comportamientos más sobresalientes en nuestra investigación.
- Las caricias indebidas en zonas íntimas (palmadas agresivas o no agresivas en las nalgas, pellizcos de los pezones entre su grupo o fuera de su grupo) con un porcentaje de 88 % se evidencia como el segundo comportamiento con más presencia dentro de la institución.
- Las personas quienes están a cargo del desarrollo educacional en la Fundación no conocen de programas conductuales adecuados a las necesidades de estas personas para un control satisfactorio en la canalización de dichos comportamientos.
- Al finalizar el período de observación de una semana en la ficha final del comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve, se puede evidenciar y comprobar claramente que en un 70% del grupo estudiado ha desaparecido el comportamiento sexual inadecuado de la masturbación en público, mientras que en un porcentaje de 30 % persiste aun este comportamiento con una frecuencia de a veces debido a factores fuera de la institución y el otro comportamiento sexual inadecuado como fue las caricias indebidas en zonas íntimas se ha eliminado en su totalidad.
- La terapia conductual y sus técnicas de modificación de conducta son aplicables y efectivas en la canalización de comportamientos sexuales de los adultos con retraso mental leve, ya que al cumplir con toda la estructura diseñada y encajada acorde a las necesidades del individuo se pudo canalizar y reducir dichos comportamientos.

5.2. RECOMENDACIONES

Sometemos a consideración de las autoridades educativas, a las personas a cargo y padres de familia que se encuentran inmersas en la formación integral de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso”; las siguientes recomendaciones:

- Se sugiere que la Universidad Nacional de Chimborazo y la Escuela de Psicología Clínica firmen convenios con Fundaciones de atención a personas con discapacidad mental, para que los estudiantes realicen prácticas debido a que estas fundaciones no cuentan con suficiente personal capacitado en tratamientos psicológicos que brinden apoyo.
- Se sugiere que la Fundación “Protección y Descanso”, cuente con más profesionales o estudiantes practicantes, para que puedan brindar una mejor atención en lo que concierne al servicio de psicología a los usuarios de dicha institución, realizando terapias conductuales con técnicas necesarias que crean convenientes, para incrementar conductas adaptativas al medio y de aprendizaje académico, así como a eliminar o reducir comportamientos inapropiados que obstaculizan el proceso educativo.
- Es necesario implementar programas de terapias psicológicas con la finalidad de moldear, mantener e incrementar patrones de conducta adaptativa (habilidades académicas, de comunicación, de autoayuda y extinguir o reducir patrones desadaptados, autoagresión, movimientos estereotipados, déficit de atención, etc.).
- A los padres de los adultos con retraso mental leve sugerimos capacitarse más en el conocimiento sobre el comportamiento sexual de sus hijos y en caso de aparición de comportamientos inadecuados acudir a un profesional capacitado en el manejo de dichos comportamientos.
- A los docentes y personal al cuidado de ellos sugerimos capacitaciones y un trabajo multidisciplinario para el control general de comportamientos sean estos sexuales u otros.
- Recomendamos que se realicen más investigaciones a personas con retraso mental, ya que existe un desinterés por trabajar con este grupo vulnerable de la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- HERNÁNDEZ Lira Nicolás Alejandro Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud.
- 2.- LEITENBERG Harold (1982) Modificación y Terapia Conductual
- 3.- MUNTANER Guasp Joan J. “2001” la persona con retraso mental bases para su inclusión social y educativa.
- 4.- STUMPHAUZER Jerome – 1983. Terapia conductual.
- 5.- FRAGA, J. (1992). Técnicas de modificación de conducta. Tesis mimeografiada. Facultad de Humanidades. Escuela de Psicología de la U.C.V. Caracas.
- 6.- RODRÍGUEZ Josefa, M.^a y De Pablo-Blanco, 1999. RETRASO MENTAL.
- 7.- MORGENSTERN, M. (1978) El desarrollo psicosexual del retardado. New York, EUA: Medical College
- 8.- TORICES R., I. (1997). La sexualidad en los discapacitados.
- 9.- DSM-IV-TR Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

WEBGRAFÍA

- 10.- http://es.wikipedia.org/wiki/Modificaci%C3%B3n_de_conducta
- 11.- <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3801/q010007.pdf>
- 12.- <http://www.prader-willi-esp.com/69%20Problemas%20de%20conducta>.
- 13.- <http://www.contener.org/docs/retraso.pdf>
- 14.- <http://www.casadellibro.com/libro-retraso-mental-adaptacion-social>
- 15.- <http://www.scribd.com/doc/49827368/26-Las-personas-con-retraso-mental>.
- 16.- http://www.capitannemo.com.ar/retardo_mental_1.htm.
- 17.- <http://www.monografias.com/trabajos907/retraso-mental>.
- 18.- <http://www.sid.usal.es/idocs/F8/ART6707/experiencias4.pdf>

ANEXOS

ANEXO I

ENCUESTA APLICADA A LOS DOCENTES DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO”

Objetivo: Este cuestionario pretende conocer la existencia de comportamientos sexuales inadecuados que mas sobresalen en los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” y la manera de cómo son controlados o canalizados dichos comportamientos, para posterior a esto poder realizar un diagnóstico e intervención clínica.

Instrucción: Señale con una X la opción u opciones que considere que son las correctas.

- 1. Identifique cuál o cuáles comportamientos sexuales ha observado en las personas adultas con retraso mental leve que asisten a esta fundación y la frecuencia con que se presentan dichos comportamientos.**

COMPORTAMIENTOS SEXUALES	PRESENTACIÓN DE LA CONDUCTA	FRECUENCIA		
		Siempre	A veces	Nunca
Masturbación.				
Caricias indebidas en zonas íntimas (palmadas agresivas o no agresivas en las nalgas, pellizcos de los pezones entre su grupo o fuera de su grupo).				
Abrazos y besos a otras personas en contra de la voluntad de éstas.				
Frotamiento de su cuerpo o genitales en otros cuerpos disimuladamente.				
Acoso sexual a través de insinuaciones sexuales no deseadas con gestos, lenguaje o contacto físico sugestivos.				
Tendencia a mostrar su cuerpo en cualquier situación.				

2. De qué manera ha intentado controlar o canalizar estos comportamientos sexuales inadecuados que presentan las personas adultas con retraso mental leve de esta fundación?

- Castigo físico.
- Aislamiento de su grupo o aula.
- Llamada de atención a través de palabras.
- Retiro de objetos o privilegios.
- Otros

Cuáles: _____

Gracias por su colaboración!

ANEXO II

FICHA DE OBSERVACIÓN INICIAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE

Este diseño de ficha tiene el propósito de registrar y diagnosticar en porcentajes los dos comportamientos sexuales inadecuados más sobresalientes de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” durante cinco días antes de comenzar el desarrollo de la intervención clínica y aplicación de las técnicas de modificación de la conducta de la terapia conductual.

FICHA DE OBSERVACIÓN INICIAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL INADECUADO DE LOS PACIENTES ADULTOS DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO”																				
NUMERO DE PACIENTES:																				
DIAGNOSTICO:										FECHA:										
LUGAR:																				
Pacientes en números	Paciente # 01		Paciente # 02		Paciente # 03		Paciente # 04		Paciente # 05		Paciente # 06		Paciente # 07		Paciente # 08		Paciente # 09		Paciente # 10	
Comportamientos Sexuales Inadecuados	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C
	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I
Total de días																				
Lunes																				
Martes																				
Miércoles																				
Jueves																				
Viernes																				
Número de aparición del comportamiento en la semana.																				
Interpretación en porcentaje total al finalizar el período de observación																				
CONCLUSIÓN:																				

Responsables:

ANEXO III

PERFIL DE MUESTREO COMO REFORZADOR GENERALIZADO PARA LA VISUALIZACIÓN Y RECORDATORIO DE LOS PACIENTES EN LA APLICACIÓN DE LAS DOS TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

PROFESOR # 01: _____

Proporcionar una ficha según el día que corresponda, si el paciente no ha presentado determinados comportamientos sexuales conceder la ficha de carita feliz y si presenta determinados comportamientos sexuales conceder la ficha de carita triste dentro de sus horas de trabajo.



PACIENTES	Paciente # 01		Paciente # 02		Paciente # 03		Paciente # 04		Paciente # 05		Paciente # 06		Paciente # 07		Paciente # 08		Paciente # 09		Paciente # 10	
	M P	C I	M P	C I	M P	C I	M P	C I	M P	C I	M P	C I	M P	C I	M P	C I	M P	C I	M P	C I
CONDUC...TAS																				
DÍAS																				
Lunes																				
Martes																				
Miércoles																				
Jueves																				
Viernes																				
Total de fichas por Conducta	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI	M	CI
TOTAL DE FICHAS POR PACIENTE																				
REFORZADORES: 1.- De 50 a 70 fichas de carita feliz, una fruta más un sandwich. 2.- De 71 a 85 fichas de carita feliz, una hamburguesa más gaseosa. 3.- De 86 a 100 fichas de carita feliz, la salida a la piscina más un almuerzo.																				

ANEXO IV

FICHAS DE SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO, DONDE SE REGISTRA LA EVOLUCIÓN SEMANAL DE LOS PACIENTES.

CATEGORIA DE EVOLUCIÓN EN PUNTAJES OBTENIDOS POR PACIENTE DURANTE OCHO SEMANAS EN LA APLICACIÓN DE LAS DOS TÉCNICAS SOBRE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES INADECUADOS DE LOS ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE																				
Pacientes	Pcte.01		Pcte. 02		Pcte. 03		Pcte.04		Pcte.05		Pcte. 06		Pcte. 07		Pcte.08		Pcte. 09		Pcte.10	
	18 años		20 años		23 años		24 años		27 años		29 años		29 años		30 años		32 años		36 años	
Comportamientos	M	Cl	M	Cl	M	Cl	M	Cl	M	Cl	M	Cl	M	Cl	M	Cl	M	Cl	M	Cl
Semanas																				
1 era Semana	12	13	15	16	14	13	19	18	12	09	17	18	13	50	20	19	50	23	20	19
	25		31		27		37		21		31		63		39		73		39	
2 da Semana	18	22	17	23	20	15	29	34	15	13	20	23	19	50	23	25	50	21	24	27
	40		40		35		63		28		43		69		48		71		51	
3 era Semana	26	24	23	25	23	29	31	36	22	23	25	24	23	50	29	28	50	29	37	35
	50		48		52		67		45		49		73		57		79		72	
4 ta Semana	34	27	30	24	30	29	38	37	23	21	31	25	30	50	35	30	50	35	38	36
	61		54		59		75		44		56		80		65		85		74	
5 ta Semana	38	33	37	31	34	31	40	43	29	24	33	31	39	50	39	34	50	39	39	36
	71		68		65		83		53		64		89		73		89		75	
6 ta Semana	42	39	40	35	32	30	45	44	30	28	41	35	38	50	43	41	50	40	46	46
	81		75		62		89		58		76		88		84		90		92	
7 ma Semana	46	43	43	47	34	41	45	46	31	29	40	41	42	50	43	47	50	43	45	47
	89		90		75		91		60		81		92		90		93		92	
8 va Semana	49	47	45	43	34	43	47	50	39	31	48	42	48	50	49	48	50	48	47	49
	96		98		77		97		70		90		98		97		98		96	

ANEXO V

FICHA DE OBSERVACIÓN FINAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LOS ADULTOS CON RETRASO MENTAL LEVE

Este diseño de ficha tiene el propósito de registrar la disminución en porcentajes los dos comportamientos sexuales inadecuados más sobresalientes de los adultos con retraso mental leve de la Fundación “Protección y Descanso” durante cinco días después de aplicar y modificar dichos comportamientos a través de la aplicación de las técnicas de modificación de la conducta de la terapia conductual.

FICHA DE OBSERVACIÓN FINAL DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL INADECUADO DE LOS PACIENTES ADULTOS DE LA FUNDACIÓN “PROTECCIÓN Y DESCANSO”																				
NUMERO DE PACIENTES:																				
DIAGNOSTICO:										FECHA:										
LUGAR:																				
Pacientes en números	Paciente # 01		Paciente # 02		Paciente # 03		Paciente # 04		Paciente # 05		Paciente # 06		Paciente # 07		Paciente # 08		Paciente # 09		Paciente # 10	
Comportamientos Sexuales Inadecuados	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C
	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	I
Total de días																				
Lunes																				
Martes																				
Miércoles																				
Jueves																				
Viernes																				
Número de aparición del comportamiento en la semana.																				
Interpretación en porcentaje total al finalizar el periodo de observación																				
CONCLUSIÓN:																				

Responsables:

ANEXO VI

FUNDACIÓN PROTECCIÓN Y DESCANSO

CENTRO DE TERAPIAS Y ALFABETIZACIÓN



Dirección: Junín 33-10 entre Mayor Rúa y Francia Telf. 032961-451 y 032948005

Riobamba-Ecuador

ANEXO N° VI

AUTORIZACIÓN DE LA FUNDACIÓN "PROTECCIÓN Y DESCANSO"

CERTIFICACIÓN

Teresa Morillo Robles, en calidad de Directora y a nombre de la Fundación Protección y Descanso, entidad eminentemente social, sin fines de lucro, que brinda atención a personas con discapacidad intelectual, creada mediante acuerdo ministerial N° 062, el 18 de diciembre del 2002, por el entonces Ministerio de Bienestar Social, cuya misión es a través del trabajo solidario, cooperativo y en equipo, ser un centro de atención integral donde se brinde servicios de óptima calidad, con calidez a nuestros usuarios

Certifica que:

Los señores Diego Adolfo Silva Valdiviezo y Pedro Pablo Yumisaca Vimos, realizarán la investigación sobre terapia conductual en comportamiento sexual de los adultos con retraso mental leve que asisten a la Fundación Protección y Descanso.

Particular que comunico para los fines legales pertinentes.

Riobamba, 31 de Octubre del 2011


Teresa Morillo
DIRECTORA



ANEXO VII

FOTOGRAFÍAS



