

LA FAMILIA ENSEÑANTE

EVALUACION DEL MODELO EN MEXICO EN TERMINOS DE REINCIDENCIA EN SU APLICACION A UNA MUESTRA DE NIÑOS INHALADORES DE SOLVENTES INDUSTRIALES*

Dr. Héctor. E. Ayala¹
Psic. Horacio Quiroga A.²
Psic. Angeles Mata M.³
Mtra. en Psic. S. Katherine Chism⁴

Diversos casos de farmacodependencia, tales como la inhalación de sustancias volátiles (tíner, cementos plásticos, éter, gasolina, etc.), representaban problemas sociales críticos tanto por la peligrosidad de sus efectos sobre el organismo (hígado, riñones, cerebro, médula ósea, etc.) (Barroso-Moguel, 1975) como por la frecuencia en que se manifiesta en nuestro medio según lo indican los datos reportados por Torres (1975), en los que el abuso de sustancias volátiles inhalantes ocupó el segundo lugar (46.61%), tan sólo superado por la cannabis (76.84%).

Por otro lado, la tendencia contemporánea en el tratamiento de problemas de predelinencia, tales como: robo, pandillismo, farmacodependencia, vagancia, fracaso académico, etc., está orientada hacia el establecimiento de programas que se lleven a cabo en escenarios de la comunidad, y no dentro de las instituciones de custodia. Estos programas comunitarios tienen como propósito fundamental proporcionar los medios necesarios que habilitarán a sus usuarios para enfrentarse a su medio de una manera más eficaz y así ensayar nuevas alternativas para su problemática dentro de la comunidad.

Siguiendo con esta línea de acción, el presente trabajo constituyó uno de los esfuerzos conjuntos que realizaron el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Universidad Nacional Autónoma de México con el fin de evaluar un modelo propiamente psicológico dirigido al tratamiento y rehabilitación de niños farmacodependientes (inhaladores de solventes industriales) de 7 a 13 años de edad, circunscritos en el área metropolitana de la Ciudad de México.

El programa de tratamiento denominado "La Familia Enseñante", está basado en el modelo de "Achievement place", desarrollado por Phillips y cols. (1974), en la Universidad de Kansas (EU). Este modelo considera, ante todo, que una de las principales causas de la farmacode-

pendencia se debe a la existencia de un ambiente carente de instrucción, de modelos apropiados de comportamiento y de la retroalimentación necesaria para el desarrollo y el mantenimiento de conductas apropiadas, lo que origina serios déficits conductuales en los individuos, que los obligan a volverse altamente dependientes, ya sea a una o más personas, quienes, a su vez, se encargan de proporcionarles los modelos e instrucciones inapropiados de comportamiento. De acuerdo a esta postura surgió como objetivo fundamental del programa que se desarrolló en México, el dotar a estos niños de un repertorio alternativo que les permitiera ampliar las probabilidades de éxito en su medio, a través de pautas más productivas y aceptadas por la comunidad.

El modelo considera que la manera de superar estos déficits conductuales es mediante el establecimiento de aptitudes de autocuidado, académicas, prevocacionales y recreativas, que les permitirán a los niños enfrentarse a su medio de una manera más efectiva y así ensayar nuevas alternativas para la farmacodependencia. Igualmente, el modelo considera que la enseñanza de estas aptitudes debe implementarse en un medio, que a la vez que favorezca la adquisición de las mismas, no lo aisle de la comunidad, razón por la cual, el programa se lleva a cabo en una casa-hogar dotada de las condiciones necesarias para que se facilite el proceso de enseñanza-aprendizaje.

El programa cuenta con una serie de componentes, dentro de los cuales destacan los siguientes:

1) *Modalidad Residencial*. Los niños viven las 24 horas del día en una "casa-hogar" que posee las características de cualquier casa o residencia; con cuatro recámaras, dos baños, estancia y cocina.

2) *Anclaje en la Comunidad*. La casa-hogar se encuentra ubicada dentro de una comunidad, de tal manera que los niños y el personal del programa puedan interactuar y utilizar los distintos recursos con que cuenta la comunidad.

3) *Ambiente de Estilo Familiar*. Los niños conviven en un ambiente de tipo familiar, en donde una pareja de psicólogos funciona como padres-sustitutos y los niños entre sí como hermanos-sustitutos, con lo cual no se rompe con la estructura familiar, base de nuestra sociedad.

4) *Enseñanza Integral*. El programa cuenta con un conjunto de componentes instruccionales, individualizados y

*La presente investigación fue apoyada parcialmente por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en base al subsidio No. 02/6.1, otorgado al primer autor, Héctor E. Ayala, investigador responsable del proyecto. Los autores desean agradecer a Jaime Rivero, Isabel Espinosa, Norma Esnaurrizar y Sara Esnaurrizar, su valiosa colaboración a lo largo de la presente investigación.

1. Director del Proyecto "La Familia Enseñante", 2. Coordinador de Investigación, 3. Coordinadora General, 4. Codirectora del Centro Comunitario "La Familia Enseñante".

sistematizados que permiten ajustar la enseñanza impartida de acuerdo a las necesidades y al ritmo de aprendizaje propios de cada niño.

5) *Sistema de Autogobierno*. El programa cuenta con un sistema de gobierno que estimula la participación de los niños en la toma de decisiones, lográndose con esto que los niños se responsabilicen de sus actos y adapten el programa de acuerdo a sus necesidades.

6) *Personal Profesional en la Dirección del Programa*. El programa lo dirige una pareja de psicólogos entrenados específicamente en el manejo de los distintos dispositivos del programa. Dichos psicólogos son los encargados de enseñar a los niños las distintas aptitudes citadas con anterioridad.

7) *Consejo Psicológico*. Para la solución de problemas de interés meramente personal, los niños cuentan con sesiones individualizadas de consejo psicológico, el cual es una terapia conductual de apoyo orientada a la solución de problemas inmediatos.

8) *Sistemas Motivacionales Apropriados*. A lo largo de las primeras etapas del tratamiento, el programa cuenta con diversos sistemas motivacionales basados en una "economía de puntos" que se caracteriza por ser flexible y adaptable al ritmo del niño, y cuya función principal es estimular al niño para que participe en las tareas dirigidas a la adquisición de las diversas aptitudes objeto del programa, además de constituir un sistema de refuerzo apropiado dada su generalidad. En las últimas etapas del programa, este sistema se va atenuando en forma paulatina hasta que la conducta queda bajo el control de consecuencias más naturales.

9) *Evaluaciones Continuas en Base a Criterios Conductuales*. El progreso del niño se mide a partir de registros precisos de su comportamiento, los cuales se realizan día a día, permitiéndonos tener evaluaciones apropiadas y confrontables.

Pueden encontrarse descripciones más detalladas de estos componentes en los informes publicados por Phillips (1968), Bailey y cols. (1970), Phillips y cols. (1971), Brauckmann y cols. (1971), Timbers y cols. (1971), Bailey y cols. (1971), Kirigin y cols. (1971), Wolf y cols. (1972), Phillips y cols. (1972), Fixsen y cols. (1972), Phillips y cols. (1973), Fixsen (1973), Phillips y cols. (1974), Kifer (1974) y Phillips y cols. (1978).

Todos estos componentes se incorporan al programa en el lugar en donde viven los niños bajo la protección de los padres-maestros y es precisamente en éstos en quienes descansa en gran parte el éxito del programa, ya que su labor consiste en poner en práctica los aspectos más críticos del mismo. Sus funciones son: a) Diseñar e implementar los procedimientos del tratamiento para corregir los déficits y los excesos conductuales; b) Enseñar cómo desarrollar las aptitudes comentadas anteriormente y c) Supervisar las actividades de los niños, tanto dentro de la casa-hogar como en la escuela y en el hogar natural de los niños, así como en otros escenarios de la comunidad, encargándose también de desarrollar todas aquellas actividades que impliquen que el programa utilice los recursos de la comunidad en que está anclado. Puede decirse que los padres-maestros constituyen el componente más delicado del modelo, al que se debe prestar atención especial si se le quiere reproducir en forma exitosa.

Método

Sujetos. Los sujetos que participaron en esta muestra fueron 22 niños, quienes en su mayoría habían sido referi-

dos por el DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia). Todos los niños provenían de familias de escasos recursos económicos y presentaban historia de robo, vagancia, agresividad, fracaso académico y sobre todo, graves problemas de inhalación de tiner y de cemento 5000 durante un promedio de 19 días al mes (para mayor detalle ver Tabla 1).

Por ejemplo, el sujeto No. 3 tenía 11 años de edad y un CI de 97 (normal, según la escala WISC). Tanto la información proporcionada por la madre como la reportada por el propio sujeto, indicaban la existencia de diversos problemas de conducta, destacándose el problema de inhalación de tiner y cemento 5000. Estaba inhalando una cantidad aproximada de 12 litros durante un promedio de 23 días al mes a partir de agosto de 1976. El estudio electroencefálico reportó la siguiente patología: "presencia de trenes de actividad lenta theta que aumentan progresivamente a medida que progresa la hiperventilación y afectan principalmente a las derivaciones fronto-temporales de ambos hemisferios cerebrales; en donde adquieren caracteres francamente paroxísticos y traducen un importante aumento de excitabilidad en dichas regiones".

Escenario. Casa-habitación rentada, con estancia, comedor, cocina, tres baños y medio, cuatro recámaras, una oficina, un patio de 3 x 5 m., aproximadamente y un cuarto de servicio, el cual se acondicionó para que funcionara como pequeño taller de carpintería.

Definición y Registro de la Conducta. La conducta de inhalar se definió como: "cualquier aspiración deliberada de vapores derivados de sustancias tóxicas, tales como tiner, cemento 5000, etc." El procedimiento usual consiste en vaciar estas sustancias en un recipiente que facilite su manipulación y colocar este recipiente entre boca y nariz. El siguiente paso es aspirar y exhalar repetidamente durante un intervalo de 15 minutos aproximadamente. Dado que esta conducta puede repetirse varias veces durante el día, lo que hace difícil determinaciones precisas, se convino en registrar únicamente su ocurrencia o no ocurrencia durante cada día, en base a las entrevistas familiares y cuestionarios del autoreporte.

Diseño. El diseño original que se utilizó para evaluar los resultados del programa en términos de reincidencia, fue de tipo conductual intrasujeto, el cual puede describirse de la siguiente manera: línea-base, tratamiento y seguimiento. Sin embargo, dado que el presente reporte se elaboró con el fin de evaluar los efectos del tratamiento de manera grupal, los datos individuales que se obtuvieron se promediaron en términos de grupo, por lo que en este estudio aparecen las fases con la siguiente denominación: pretratamiento, tratamiento y postratamiento.

Procedimiento. Durante la fase de pretratamiento se realizó lo siguiente:

Una semana antes de que los niños fueran admitidos al programa se les aplicó a sus padres una entrevista, la cual versó, entre otros temas, sobre la historia social del niño, haciendo particular énfasis en lo concerniente a robo, vagancia, pandillismo y farmacodependencia. En cuanto a este último aspecto, se hicieron las siguientes preguntas: ¿Desde cuándo empezó a inhalar el niño? ¿Qué tipo de drogas? ¿Con qué frecuencia lo hace? ¿En qué cantidades? Un mes después de que entraron al programa se les aplicó a los niños una entrevista similar en forma individual, dentro de la cual se encontraban las mismas cuatro preguntas arriba descritas. Los datos que se reportan en las gráficas de este estudio, correspondientes a éstas y a otras fases, fueron los proporcionados por los padres durante la entrevista, mientras que los proporcionados

TABLA 1. CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS.

SUJETOS	EDAD	CI (WISC)	PROM. DE DIAS AL MES EN QUE SE REPORTO INHALACION	TIPOS DE SOLVENTES	CANTIDAD APROX. INHALADA AL MES	RESULTADO DEL EEG
S ₁	12	106 (norm)	17 Días	Cemento 5000 Tíner	8 Litros	Normal
S ₂	12	87 (subnorm)	18 Días	Cemento 5000 Tíner	8 Litros	Patolog.
S ₃	11	97 (norm)	23 Días	Cemento 5000 Tíner	12 Litros	Patolog.
S ₄	12	72 (front)	20 Días	Cemento 5000	8 Litros	Patolog.
S ₅	9	80 (subnorm)	26 Días	Cemento 5000	10 Litros	Patolog.
S ₆	12	102 (norm)	29 Días	Cemento 5000 Tíner	12 Litros	Patolog.
S ₇	11	102 (norm)	20 Días	Cemento 5000	6 Litros	Patolog.
S ₈	7	97 (norm)	6 Días	Cemento 5000	1 Litro	Patolog.
S ₉	12	85 (subnorm)	28 Días	Cemento 5000 Tíner	13 Litros	Patolog.
S ₁₀	10	74 (subnorm)	25 Días	Cemento 5000	8 Litros	Patolog.
S ₁₁	12	103 (norm)	28 Días	Cemento 5000	10 Litros	Patolog.
S ₁₂	11	100 (norm)	28 Días	Cemento 5000	10 Litros	Patolog.
S ₁₃	10		15 Días	Cemento 5000 Tíner	6 Litros	
S ₁₄	9		18 Días	Cemento 5000 Tíner	6 Litros	
S ₁₅	13		15 Días	Cemento 5000	4 Litros	
S ₁₆	10		4 Días	Cemento 5000 Tíner	1 Litro	
S ₁₇	10		30 Días	Cemento 5000	8 Litros	
S ₁₈	12		12 Días	Cemento 5000 Tíner	2 Litros	
S ₁₉	9		10 Días	Cemento 5000	2 Litros	
S ₂₀	13		30 Días	Cemento 5000	8 Litros	
S ₂₁	12		16 Días	Cemento 5000	4 Litros	
S ₂₂	12		8 Días	Cemento 5000	2 Litros	

por los niños se utilizaron principalmente para poder obtener la confiabilidad.

Durante la fase de tratamiento, los sujetos fueron expuestos al programa "La Familia-Enseñante", descrito con anterioridad. Los niños permanecían en la casa-hogar cinco días a la semana. La rutina diaria era semejante a la de muchas familias. Los niños se levantaban a las seis de

la mañana, se bañaban, se vestían y limpiaban su recámara y el baño. Antes del desayuno hacían la limpieza de la casa, y después partían a la escuela no sin antes hacer la limpieza de la cocina. Saliendo de la escuela regresaban a la casa-hogar y preparaban su tarea escolar. Al terminarla podían ver televisión, jugar o dedicarse a otras actividades recreativas siempre y cuando hubieran ganado este

privilegio a través de la "economía de puntos". A algunos de ellos se les asignaban deberes de limpieza después de la comida y cada tercer día recibían sesiones de carpintería. Después de la cena se llevaba a cabo la sesión de autogobierno y finalmente se iban a dormir a las 10.00 P.M. Cabe señalar, que cuando los niños salían debido a alguna otra actividad, siempre eran supervisados ya fuera por alguno de los padres-maestros, o por las profesoras de la escuela, por lo cual casi siempre se podían enterar de cualquier posible reincidencia en el problema de la farmacodependencia u otro de cualquier índole. Cuando los niños salían a su casa durante los fines de semana, los padres tenían la obligación de llevar a cabo la supervisión de sus hijos por medio de hojas de control especialmente diseñadas para este fin. Durante el domingo, día en que regresaban los niños a la casa-hogar, se llevaba a cabo una pequeña entrevista con los padres sobre la supervisión efectuada a sus hijos, interrogándoles sobre aspectos específicos que incluían posibles reincidencias en el hábito de inhalar. Por otro lado, a los niños se les aplicaba un cuestionario de autoreporte semejante al elaborado por Nye y Short (1957), pero que se aumentó a 32 preguntas que incluían, por supuesto, aspectos relacionados con la incidencia de inhalación. En cuanto a este último aspecto, se formularon las siguientes preguntas: ¿Has inhalado durante esta semana? ¿Qué inhalaste? ¿Cuántos días a la semana inhalaste? ¿Cuánto inhalaste cada vez? Posteriormente, estos datos se cotejaban con los reportados por los padres y se obtenía un coeficiente de confiabilidad. Al igual que los datos que se presentaron en la fase anterior, los datos que se reportan en las gráficas corresponden a los proporcionados por los padres. Para tal fin se utilizó la fórmula: $\text{acuerdos/acuerdo} + \text{desac.} \times 100$.

El procedimiento que se siguió durante la fase de postratamiento fue similar al que se utilizó durante la fase de tratamiento, esto es, tanto los padres como sus hijos fueron expuestos a una serie similar de entrevistas y autoreportes.

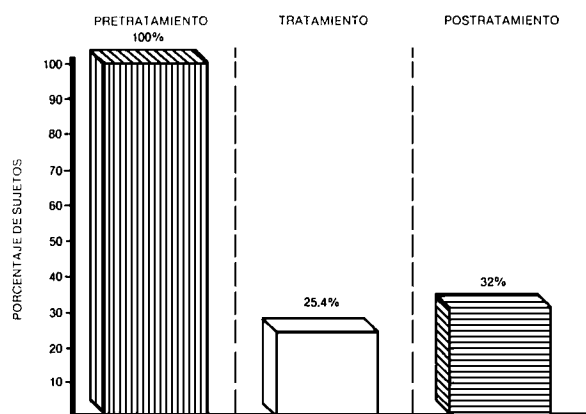
En la Fig. 1 aparecen las confiabilidades promedio obtenidas para cada fase de la investigación de esta muestra de 22 niños.

Fig. 1. Confiabilidad promedio obtenida para cada fase de la investigación de esta muestra.

PRETRATAMIENTO	TRATAMIENTO	POSTRATAMIENTO
70%	91%	79%

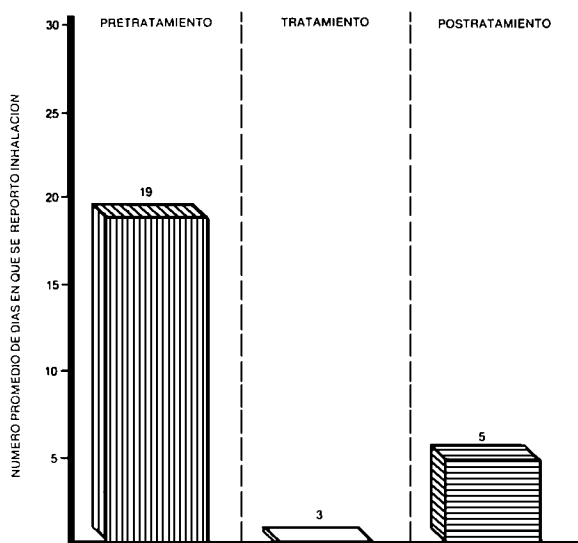
Resultados

En la gráfica 1 se presenta el porcentaje de sujetos en quienes se reportó inhalación para esta muestra de 22 niños, durante las tres fases de la investigación. Se puede ver que durante la fase de pretratamiento el porcentaje de sujetos en que se reportó inhalación fue de 100%, el cual disminuyó notablemente durante la fase de tratamiento a un 25%, fase que tuvo una duración promedio de 8 meses, con un rango de 2 a 17 meses. Sin embargo, después de un seguimiento promedio de 8.5 meses, con un rango de 1 a 21 meses, se han reportado reincidencias en un 32% del total de los sujetos.



GRAFICA 1. PORCENTAJE DE SUJETOS EN QUE SE REPORTO INHALACION PARA ESTA MUESTRA DE NIÑOS DURANTE LAS TRES FASES DE ESTA INVESTIGACION (N = 22).

En la gráfica 2 se presenta el número promedio de días al mes en los que se reportó inhalación en esta muestra (22 niños) durante las tres fases de la investigación, y como puede verse, durante la fase de pretratamiento el número promedio de días en que se reportó inhalación durante los últimos tres meses antes de que entraran al programa, fue de 19 días en promedio, con un rango de 5 a 30 días. Este promedio disminuyó drásticamente durante la fase de tratamiento a .3 días al mes. Posteriormente, durante la fase de seguimiento o postratamiento, este promedio se incrementó a 5 días al mes en un 32% de los niños en quienes se ha reportado reincidencia. No obstante, esto ha representado una disminución promedio de 38% en la reincidencia a la inhalación por parte de la muestra.



GRAFICA 2. NUMERO PROMEDIO DE DIAS EN QUE SE REPORTO INHALACION EN ESTA MUESTRA DE NIÑOS DURANTE LAS TRES FASES DE LA INVESTIGACION (N = 22)

En resumen, los resultados obtenidos en esta muestra de niños farmacodependientes son considerados, en general, altamente satisfactorios, ya que se logró suprimir la farmacodependencia a un nivel de cero días al mes durante las fases de seguimiento o postratamiento en un 68% de los niños, en tanto que para el 32% restante se logró disminuir su incidencia en un promedio de 38%. Estos resultados sugieren que el modelo de "La Familia-Enseñante" puede ser una alternativa efectiva para el tra-

tamiento y la rehabilitación de poblaciones farmacodependientes como la estudiada en la presente investigación.

Discusión

La efectividad obtenida en la presente investigación es muy similar a la reportada por Jones (1978) al evaluar una muestra de programas de "La Familia-Enseñante" en los Estados Unidos de Norteamérica. Por otro lado, el 68% de efectividad en la supresión de reincidencias que hemos obtenido es superior a las tasas de 30 y 40% de efectividad reportadas en los programas para farmacodependientes en los Estados Unidos de Norteamérica. Por lo que se refiere a nuestro país, desafortunadamente no se ha realizado una evaluación sistemática y exhaustiva de los pocos programas existentes, que como se sabe, están basados en su mayoría en un modelo médico asistencial en el que una aproximación psiquiátrica y psicoanalítica determina sustancialmente el tipo de tratamiento. Sin

embargo, se sabe que la efectividad de estos programas es muy reducida. Por otro lado, aun cuando en investigaciones como la presente el problema de la reincidencia constituye uno de los indicadores determinantes para evaluar la efectividad de las mismas (Lerman, 1975), también es cierto que no es el único que debe ser considerado. Los datos sobre la permanencia y el aprovechamiento de estos sujetos en la escuela, en el hogar y en el empleo, así como el costo-beneficio del programa, también son índices que nos permiten valorarlo mejor. Trataremos este aspecto en un reporte futuro.

Estos son algunos de los resultados obtenidos a través de un modelo de rehabilitación que aplica la ciencia conductual al tratamiento de problemas que, como la farmacodependencia, preocupan en gran medida a nuestra sociedad. Nosotros seguimos el proceso de investigación de "La Familia-Enseñante", modificándolo de acuerdo a los hallazgos que se obtienen, tratando de hacerlo más adecuado a nuestra realidad, así como de mejorar su eficiencia y su efectividad.

REFERENCIAS

BAILEY J S, WOLFE M M, PHILLIPS E L: Home-based reinforcement and the modification of pre-delinquents' classroom behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3: 223-233, 1970.

BAILEY J S, TIMBERS G D, PHILLIPS E L, WOLFE M M: Modification of articulation errors of pre-delinquents by their peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4: 265-281, 1971.

BARROSO-MOGUEL R: Alteraciones morfológicas producidas por inhalantes. En: *Cuadernos Científicos CEMEF*, 2: 97-106, 1975.

BRAUCKMANN C J, MALONEY D M, FIXSEN D L, PHILLIPS E L, WOLFE M M: An analysis of the effects of training on interview skills. *Artículo presentado en la Asociación Americana de Psicología*. Washington, D C, sept. 1971.

FIXSEN D K, PHILLIPS E L, WOLFE M M: Achievement place: The reability of self-reporting and peer-monitoring and their effects on behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 5: 19-30, 1972.

FIXSEN D L, WOLFE M M, PHILLIPS E L: Achievement place: Experiments in self-governments with pre-delinquents. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6: 31-47, 1973.

JONES R R: First findings from the national evaluation of the teaching family model. *Paper presented at the meeting of the National Teaching Association*, Boys Town, Nebraska, octubre, 25-27, 1978.

KIFER R E, LEWIS M A, GREEN D R, PHILLIPS E L: Training pre-delinquent youths and their parents to negotiate conflict situations. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7: 357-364, 1974.

KIRIGIN K A, PHILLIPS E L, FIXSEN D L, WOLFE M M: Modification of the homework behavior and academic performance of pre-delinquents with home based reinforcement. *Symposium on Behavior Analysis in Education*, Lawrence, Kansas. 1971.

LERMAN P: *Community Treatment and Social Control*. Chicago: The University of Chicago Press. 1975.

NYE I, SHORT J: Scaling delinquent behavior, *American Sociological Review*, 22: 326-331, junio 1957.

PHILLIPS E L: Achievement place: Token reinforcement procedures in a home-style rehabilitation setting for "pre-delinquent" boys. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1: 213-223, 1968.

PHILLIPS E L, PHILLIPS E A, FIXSEN D L, WOLFE M M: Achievement place: Modification of the behavior of pre-delinquent boys within a token economy. *Journal of Applied behavior Analysis*, 4: 45-59, 1971.

PHILLIPS E L, PHILLIPS E A, FIXSEN D L, WOLFE M M: *The Teaching Family Handbook*, University of Kansas, Lawrence, Kansas, 1972.

PHILLIPS E L, PHILLIPS E A, WOLFE M M, FIXSEN D L: Achievement place: Development of the elected manager system. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6: 541-561, 1973.

PHILLIPS E L, PHILLIPS E A, FIXSEN D L, WOLFE M M: *The Teaching Family Handbook*, University of Kansas, Lawrence, Kansas, 1974.

PHILLIPS E L, WOLFE M M, FIXSEN D L, BAILEY J S: Achievement place: Programa de modificación conductual de estilo familiar basado en la comunidad para delinquentes. En la obra de A Bandura y E Ribes. *Modificación de Conducta*, Editorial Trillas, México, 1978.

TIMBERS G D, PHILLIPS E L, FIXSEN D L, WOLFE M M: Modification of the verbal interaction behavior of pre-delinquent youth. *Artículo presentado en la Asociación Americana de Psicología*, Washington, D C sept. 1971.

TORRES R A: Manifestaciones clínicas en los usuarios y/o abusadores de volátiles inhalables. *Cuadernos Científicos CEMEF*, 2: 73-84, 1975.

WOLFE M M, PHILLIPS E L, FIXSEN D L: La familia-enseñante: Un nuevo modelo para el tratamiento de la conducta infantil anómala en la comunidad. En la obra de S W Bijou y E Ribes (drs.) *Modificación de Conducta*, Editorial Trillas, México. 1972.