

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



136 T.
PSIC.
QUINTA

**LA REHABILITACION FISICA Y SOCIAL DE INDIVIDUOS
ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS**

T E S I S
Que para Obtener el Título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
GRACIA CORKIDI NACACH
MA. MARTHA MONTIEL CARBAJAL

MEXICO, D. F.

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Z5053.08

VNAM.21

1979

ej. 2

M. 23163

type. 441

GRACIAS:
CELIA Y FRANCISCO

M a r t h a

GRACIAS:
A LA VIDA,
A SAMY Y CHATA,
Y A TI LECTOR

G r a c i a

INDICE GENERAL

✓	<u>INTRODUCCION</u>	4
✓	<u>I. ASPECTOS HISTORICOS DEL CUIDADO DEL ANCIANO.</u>	8
✓	a) Condición Social del Anciano	8
✓	b) Antecedentes de la Asistencia Social del An- ciano en México	11
✓	c) Estadísticas del Número de Ancianos y Asi- los en la República Mexicana	14
	<u>II. TEORIAS ACERCA DEL EN- VEJECIMIENTO.</u>	17
✓	a) Concepto y Criterio de Vejez	17
✓	b) Teorías Biológicas	18
✓	c) Teorías Medio-Ambientales	22
✓	<u>III. LA INSTITUCION PARA EL CUIDADO DEL ANCIANO.</u>	25
✓	a) Problemas que conllevan a la Institucionali- zación	25
✓	b) Condiciones de Población, Físicas y de Ser- vicios en una Institución de Protección So- cial	30

IV. <u>UNA HISTORIA DE CASO</u>	-
<u>EN LA REHABILITACION</u>	-
<u>FISICA Y SOCIAL.</u>	39
a) Algunas consideraciones sobre el Problema - del Anciano	39
b) Descripción del Problema y Objetivos del - Trabajo	41
c) Fundamentación Teórica y Experimental de - los Procedimientos empleados	43
- Entrenamiento en el uso de muletas	43
- Interacción Social	47
- Cooperación	51
- Variables Instruccionales, acerca del Ma terial, Distribución de Sujetos y Motiva ción en el Trabajo con el Anciano	55
d) Descripción de Casos	60
e) Fases de Entrenamiento	63
- Uso de Muletas	63
- Entrenamiento en Habilidades Ocupaciona les y Facilitación de Interacción Social	74
- Cooperación y Mantenimiento.	80
V. <u>CONSIDERACIONES GENERA</u>	-
<u>LES Y CONCLUSIONES.</u>	97

A P E N D I C E 104

R E F E R E N C I A S B I B L I O G R A F I C A S 110

"Corona de honra es la vejez, que se hallará en el camino de la justicia."
PROVERBIOS.

"Delante de las canas te levantarás, y honrarás el rostro del anciano."
LEVITICO.

"La vida y la muerte se encuentran en la misma escala del ser; mas por encima de ambas, hay ciertos valores. Es la presencia de la muerte lo que da sentido y aun contenido a la vida. No morimos, pues, en un instante último, sino que la muerte es un elemento continuamente formador de nuestra existencia."
METAFISICA DE LA MUERTE.
George Simmel.

"Hay que mantenerse siempre en equilibrio, pero la verdadera armonía - no corresponde solamente a los ciclos biológicos, sino universales. Si buscarámos los dos polos de este ciclo trascendental, quizá encontraríamos dos nombres: átomo y estrella, porque entre uno y otra desfila el Universo: las moléculas, las células, las montañas y los continentes, una cosa tras otra, como si por un carril gigante se deslizara el océano atado al continente, el continente atado a la vida, la vida a la molécula, a su nacimiento y a su vejez, todo trabado, vinculado. EL UNIVERSO SE SOSTIENE POR SU INTEGRACION."

Teilhard de Chardin: El fenómeno humano. Revista de Occidente Madrid, 1958.

- 4 -

I N T R O D U C C I O N .

En el campo de estudio de la Psicología, esto es el comportamiento humano, se han desarrollado numerosos estudios en torno a la conducta del infante, del adolescente, del adulto, -sea esta patológica, productiva o social-, del individuo retardado, del escolar, etc. Toda esta investigación ha generado un amplio conocimiento y mayor interés acerca de aquellas variables o factores que determinan o desencadenan diversos tipos de comportamiento.

En el caso del hombre viejo, el interés primordial de investigación se ha desarrollado en el campo de las ciencias de la salud, existiendo así ramas de estudios especiales como la Gerontología, que es aquella que estudia los fenómenos y problemas relacionados con la vejez, la Geriatria que es aquella parte de la medicina que estudia las enfermedades propias de la edad avanzada, y la Gerontogenia definida como el conjunto de medios o procedimientos científicos para alcanzar una saludable y avanzada longevidad. (Martínez, 1977, pp 235)

Desde el punto de vista psicológico es poca la investigación que se ha encaminado hacia el estudio de las características conductuales, motivacionales, de interac

ción, de producción, etc., del hombre anciano.

La importancia de estudiar a este sector de la población, se deriva del aumento incontenible del número de personas que alcanzan en la actualidad un rango de edad de 60 años ó más. Además de los problemas a que se tiene que enfrentar la sociedad cuando sus miembros alcanzan una edad en la cual se les va relegando por su aparente incapacidad física y falta de motivación, hacia un plano de improductividad, y por lo tanto tiende a aislársele. Las soluciones emergentes que se toman cuando el papel que desempeñan cambia radicalmente, ya sea por las deficiencias inherentes a la edad, la pérdida de status laboral y social, así como de amigos y parientes, son deficientes e inadecuadas como en el caso de los asilos, casas de reposo o asistencia, etc. Estas deficiencias se deben principalmente a que el propósito fundamental de estas instituciones es el de mantener a los viejos en un estado de "reposo", de satisfacción de necesidades básicas, de "tranquilidad", razón por la cual se considera que el anciano requiere de poca atención y estimulación social. Esto ha provocado escaso interés por la especialización de personal, así como de programas adecuados para el institucionalizado.

El presente trabajo está encaminado, por un lado, a

proporcionar al lector una panorámica documental general acerca del anciano y sus problemas.

— MO
A lo largo de este, se hará una revisión acerca de la situación social actual del anciano, enfatizándose la condición de rechazo y desinterés que se tiene para con éste sector; quedando de manifiesto que esta situación se agudiza en las grandes metrópolis. Se hará también un breve esbozo de la asistencia social del anciano en México, enmarcando la poca investigación derivada a partir de la diversificación de la asistencia social en general.

— MO
Se mencionarán algunos datos estadísticos de la población total de anciano en 1970, y de los pocos recursos asistenciales para este sector creciente de la población. Estos datos se encuentran íntimamente relacionados con el fenómeno de las ciudades más industrializadas, en las que se observa un mayor número de casas de asistencia o asilos, así como un mayor número de personas que requieren de estos servicios.

— MO
En un segundo capítulo se revisarán las diferentes aproximaciones teóricas acerca de la vejez, de los criterios para definirla, notándose que no existe un criterio universal como índice para establecer su inicio. Esto -

quizá se deba a la fragmentación científica del estudio de ésta; los estudios más extensos se han hecho en el campo de la salud, pero sin embargo no se cuenta aún con los conocimientos necesarios para retardar el envejecimiento.

Otro grupo de investigación corresponde a las teorías medio ambientales, las cuales permiten ofrecer mayor número de alternativas, para lograr una mejor adaptación social y aceptación de esta, así como de los problemas que conlleva.

En el tercer capítulo, se enmarcará la problemática de las instituciones y el tipo de servicios que deficientemente se proporcionan, haciendo énfasis en la situación de nuestro país.

Por otro lado, este trabajo expone también el desarrollo de un estudio de caso llevado a cabo con individuos ancianos institucionalizados. El objetivo general de éste fue el elaborar una secuencia de rehabilitación física, por medio del uso de muletas y de rehabilitación social por medio de la interacción en un grupo de trabajo autodirigido. Esto se expondrá en un capítulo cuatro, y para finalizar se harán consideraciones generales acerca del tema.

ASPECTOS HISTORICOS DEL
CUIDADO DEL ANCIANO.

A. Condición social del an -
ciano .

A través de la historia, las formas de atención y -
trato del anciano se asemejan considerablemente. Así -
por ejemplo, las soluciones prácticas adoptadas por las
sociedades antiguas con respecto a los problemas que les
planteaban los viejos, fueron muy variadas: los mataban,
los dejaban morir, les concedían un mínimo vital, les ga
rantizaban un fin comfortable, e incluso los colmaban o
los honraban de bienes. (Beauvoir, 1970)

Esta forma de trato se observa en la actualidad aun
que en forma disfrazada, cuando se le da al anciano un -
trato inhumano sobre todo en las grandes ciudades.

En la sociedad actual se considera viejo a un hom -
bre cuando éste pierde su capacidad de producción, es de
cir cuando es laboralmente improductivo y solo se le -
asignan actividades reducidas para subsistir, dependien -
do de los demás e ingresando al grupo de los pensionados,
asilados o sub-empleados. (Beauvoir, 1970 pág. 316) Es
to trae consecuencias importantes para el anciano ya que

la forma más sólida de participación en la vida social - es para muchos el trabajo, ya sea individual o asalariado, pero es sabido que las tasas de actividad decaen con la edad, siendo este fenómeno más notorio en los centros urbanos (Linsley, 1964). El anciano, más que ningún otro miembro de la sociedad se ve condenado a desaparecer en este rápido desplazamiento de la actividad productiva de las ciudades industrializadas.

Las formas propias de la civilización tecnocrática repercuten considerablemente en la vida de los ancianos. Las presiones y contaminación del ambiente imponen al organismo esfuerzos permanentes de adaptación, cuya fatiga repetición puede, a la larga, producir el agotamiento de ciertas facultades mentales. (Guillermé, 1962)

Algunos autores afirman que la sociedad moderna ha convertido la angustia que produce la idea de envejecer en verdadero pánico. El temor a la vejez, no es temor a un estado físico, sino a un estado social. Es el miedo a sentirse desplazado, despedido, privado de los medios de subsistencia (Puner, 1974 pág. 320; Gutiérrez, 1978). Así, el anciano comienza a manejar una escala de valores denigrante para él mismo, llega a desprepreciarse, a considerarse inútil e incompetente. (Departamento del Distrito Federal, 1976)

En el campo se observa lo contrario, la actividad del anciano puede continuar ya que se le valora de otro modo: cultiva, cosecha, pastorea, etc., dado que la actividad productiva no requiere de habilidades técnicas especializadas y complejas como en el caso del trabajo en los centros urbanos; su papel en la familia está investido de autoridad y respeto, no se le ve como un estorbo, sino como una voz importante en las decisiones familiares. (Departamento del Distrito Federal, 1976)

En el aspecto político los ancianos no constituyen una categoría aparte, sino que conservan los mismos derechos y deberes. En cambio cuando se decide su condición económica se complican las cosas, no se les confieren ni las mismas necesidades ni los mismos privilegios que a otros miembros de la sociedad. Los viejos que no constituyen ninguna fuerza económica, no tienen los medios para hacer valer sus derechos, y así determinar su situación como ancianos; la solución colectiva, instituciones, asilos, casas de reposo, casas de protección, etc., resultan inevitables para gran número de personas, asumiendo esta labor el Estado o asociaciones particulares. Esto de ninguna manera cambia la percepción social del anciano, más bien la mantiene.

Una solución que debiera considerarse es tratar de

concientizar a los viejos, convenciéndolos de que son -
útiles y enseñarles que su objetivo no es ser brillantes
sino íntegros; y luego hacer que la sociedad en general
tome conciencia del problema y lo asuma de otra manera.
(Cardona, 1978)

B. Antecedentes de la asis -
tencia social del anciano
en Mé x i c o .

Varias de las formas de asistencia social que se -
realizan actualmente en el país, tienen antecedentes va-
liosos en la historia de México y están vinculados a una
tradicción.

Hasta la fecha, puede observarse, que entre los gru-
pos indígenas, existe una actitud de respeto y a veces -
hasta de veneración por considerar a los ancianos dep^os-
tarios de la tradición. (Betancourt, 1960)

En el México Colonial, los ancianos vivían de la ca-
ridad; la tradición cristiana inspiró la creación de ins-
tituciones que daban asilo a menesterosos de toda condi-
ción.

En el siglo XVI, una de las obras más importantes - fue la de Bernardino Alvarez, que fundó el Hospital de - Convalecientes y Desamparados, en el que se recibía no - sólo a convalecientes, sino a los ancianos, a los inválidos y a los dementes. En el Hospital de San Hipólito, - se fundó y organizó un albergue para clérigos pobres y - hombres imposibilitados por vejez. En este mismo siglo, Don Vasco de Quiroga, al crear sus comunidades, daba cabida a los ancianos, como participantes de su acción colectiva.

Fue en el siglo XVIII, cuando el Virrey Bucareli, - inaugura el Hospicio de Pobres, "para socorro de los legítimos necesitados" por su edad y sus enfermedades. De este asilo de ancianos, se derivaron las instituciones - posteriores.

La Independencia y la Reforma, rompieron antiguos - moldes y establecieron como obligación del Estado, la de proporcionar ayuda al necesitado. Así nació la beneficencia que siguió dando al anciano la vieja protección del asilo.

Con la Revolución, la beneficencia pública, se - substituyó por la Asistencia Social.

La asistencia general, se fue diversificando en - asistencia materna-infantil, rehabilitación, asistencia médica, bienestar social rural y urbano.

De todos los aspectos funcionalmente considerados, los relacionados con los problemas de la vejez, han sido los menos favorecidos, dentro de la asistencia social en México. (Betancourt, 1960)

Hasta la fecha, se han venido creando diferentes tipos de instituciones para ancianos, pero ninguna con programas, técnicas y personal especializado en geriatría, descuidándose de esta forma la investigación de este importante sector de la población.

En la mayoría de los asilos e instituciones para an cianos, el objetivo principal es albergarlos, entendiéndose por esto, proporcionarles alimentación, abrigo y - atención médica (en la mayoría de los casos deficiente); descuidándose de esta forma la rehabilitación integral - del anciano, o sea, programas encaminados a aminorar sus deficiencias físicas, conductuales y emocionales.

C. E s t a d í s t i c a s : Número de anciano y asi -
los en la República Mexicana.

Las tendencias generales de las curvas de sobre-vi-
vencia de las últimas décadas, muestran el rápido aumen-
to de la longevidad. En todas las sociedades industria-
lizadas de occidente, el término de vida ha aumentado -
considerablemente; las primeras décadas del siglo XXI se
rán dramáticas en cuanto al número de personas mayores -
de 65 años con que se contará. En el caso de México, el
87% de la población actual alcanzará esta edad. (Payno,
1978)

En 1970 la población total de ancianos mayores de -
65 años en la República Mexicana fue de: 1'791,385, siendo
el 47.96% de hombres y el 52.04% de mujeres.

En el Distrito Federal, la población fue de 238,064
individuos, siendo el 38.95% de hombres y el 61.05% de -
mujeres.

Según proyecciones estadísticas para 1978 la pobla-
ción senil será de: 313,926 individuos en el Distrito Fede
ral, siendo el 40.42% de hombres y el 59.58% de muje -
res.

En México se observa que la distribución de ancianos necesitados de asilo y de los servicios asistenciales para este son acaparados en las zonas industrializadas. Por ejemplo, en el Distrito Federal, existe el número más grande de casas para ancianos en la República Mexicana, que es de 22 y albergan a 1600 personas; la segunda es Jalisco, que cuenta con 9 casas que albergan 309 personas, y así se va observando una disminución en estas cifras en el caso de las entidades menos industrializadas.

En total en la República Mexicana existen 82 casas para ancianos, las cuales albergan a 5881 individuos. Estos datos incluyen tan solo las unidades de tipo asistencial solventadas por el Estado y algunas de la asistencia privada. En realidad, no existen datos estadísticos precisos que indiquen cuál es la población de edad avanzada que es atendida, y cuál es el número de individuos que se basten por sí mismos. Por lo tanto, resulta difícil precisar el número de ancianos que requieren de

la asistencia social, ya sea parcial o total.¹ Sin embargo, podría concluirse que el número de ancianos que requieren de asistencia es considerable y que el número de servicios asistenciales probablemente es deficiente.

Por otra parte, un dato proporcionado por la OMS (1958), puede apoyar más ampliamente la suposición acerca de la concentración de individuos que requieren de la asistencia social, esto es, se señala que la falta de recursos económicos, en el caso del anciano, lo hace un ser necesitado, cuya opción, en el caso de no ser pensionado, es acudir a la asistencia pública para su manutención. Este fenómeno económico se propicia por la dificultad que tiene el anciano para encontrar empleo debido a su edad y a la competencia de los más jóvenes; por los impedimentos físicos y mentales que no le permiten desempeñar adecuadamente una actividad, sobre todo en el caso de las actividades industriales.

1 DOKE y RISLEY (1974), distinguen dos grupos de individuos según su papel en la institución:

1. Totalmente dependientes- aquellos que requieren asistencia para el cuidado personal, tienen poca capacidad de respuesta al ambiente, pueden ser cuidados solo dentro de una institución (deficientes mentales, inválidos, ancianos).
2. Los que tienen posibilidades de autocuidado y reintegración a la sociedad, como los criminales y algunos enfermos mentales.

temas enzimáticos, cuando el animal entra en la etapa involutiva.

Según la teoría coloidal de Rocasolano (1974, pp - 77), se plantea una hipótesis químico-física sobre la vejez, en la que el senecto se define por su propia causa: la inestabilidad coloidal.

✓ "Los fenómenos de deshidratación de los coloides como expresión de vejez, se encuentran reflejados en la - evolución de todos los organismos vivos; la deshidrata - ción de la célula, es pues, un proceso de envejecimiento, mediante el cual se aumenta la viscosidad del medio.

El proceso metabólico de los diferentes tejidos es proporcional a la cantidad de agua que contienen. El fenómeno de envejecimiento coloidal, por deshidratación, - consistiría en una pérdida progresiva de agua a nivel conectivo. Se deduce, que en los sistemas coloidales, se realiza un proceso químico-físico, en virtud del cual, - el coloide pierde progresivamente su estabilidad. Esto se debe a las variaciones de carga eléctrica de las partículas dispersas. Simultáneamente, disminuye el diáme - tro y la superficie micelar, lo que origina una disminu - ción en la energía total del sistema".

La senilidad va acompañada de variaciones en la proporción de agua y en la fórmula mineral: la proporción del agua aumenta; lo mismo ocurre con la cantidad de sodio, de cloro, de calcio, mientras que el potasio, el magnesio y el fósforo de los tejidos disminuyen.

La actividad de los mecanismos termorreguladores se va desgastando con la edad, y el mantenimiento de la temperatura interna resulta cada vez más difícil. La ventilación pulmonar y el consumo de oxígeno disminuyen, la producción de calor es insuficiente, las reacciones vasomotoras periféricas se retardan, de ahí que las pérdidas de calor por el cambio de temperatura sean difícilmente compensadas.

Todo ejercicio violento acompaña una aceleración del ritmo cardiaco; ésta aceleración disminuye en el anciano, los músculos no reciben ya su capital de oxígeno y de glucosa necesarios para el aumento del consumo energético.

Otro trastorno que con mayor frecuencia acompaña a la edad es la arterioesclerosis; bajo este nombre se engloban todos los procesos patológicos que a causa de la edad, entrañan un espesamiento de la pared arterial (obstrucción de la arteria, que consiste en una sobrecarga -

grasienta con infiltrados calcáreos). (Bize y Vallier, 1973, pp 62)

Abraham (1978), menciona algunos cambios neurológicos en el cerebro, que son el sustrato de la declinación de varias funciones psicológicas: los viejos son menos capaces de aprender, de resolver problemas y de adaptarse a los cambios; son lentos en el desarrollo de sus tareas; sus deficiencias se deben en parte a defectos periféricos, mala vista, temblor de manos, disminución auditiva y a cambios centrales: disminución de la motivación e intereses, declinación de la inteligencia, entendida esta como capacidad de percibir relaciones, lo cual hace que la memoria sea más importante en los procesos intelectuales. Ocurre que su preocupación por los demás es cada vez menor; su interés se orienta cada vez más hacia sí mismos, la imagen de uno mismo se reorganiza en torno al pasado. Existe una alteración radical del sentido del tiempo.

C. Teorías Medioambientales.

Por otra parte el punto de vista medioambiental, considera que la vejez es resultado de una desvinculación progresiva con el sistema social, que trae consigo

la falta de alternativas y su conducta deja de ser apoyada por sus semejantes, (Cumming, 1964). El autor denomina a esto "retiro súbito y total de reforzamiento".

Lindsley (1964), propone una "teoría descriptiva múltiple", en la cual considera que el anciano adolece de insuficiencias de comportamientos específicos que se liga posteriormente al deterioro de una función del comportamiento también específico, con causas múltiples, ya sean fisiológicas o físicas.

El término edad senil menciona el autor se utiliza cuando se observa que el comportamiento es menos eficiente y esto, se puede atribuir exclusivamente al factor tiempo.

La edad a la que aparecen las deficiencias severas en la conducta del anciano es cuando faltan prótesis adecuadas, y esto resulta vital para el desempeño de sus funciones. Cuando al anciano se le retira de sus actividades productivas y sociales, no solo se le priva del reforzamiento que necesita, sino de la oportunidad de poseer las prótesis que requiere.

La indiferencia social ante la ancianidad y las complicaciones de la vida urbana, dan origen a situaciones

en las que las deficiencias son más debilitantes. El an
ciano carece de medios para reforzar la atención social
que necesita de la sociedad, y por otro lado resultan -
ser de conducta altamente aversiva para el más joven.

Este autor propone como remedio a este problema, -
que se les dé oportunidad de producir, no importa qué y
en pequeña escala, objetos útiles que lleguen a ser re -
forzantes para los más jóvenes.

A pesar de que los enfoques y estudios biológicos y
medioambientales continúan desarrollándose, el problema
entraña una mayor complejidad, tanto a nivel de concien-
cia individual como social, aspectos que generalmente -
son relegados a un plano secundario.

III. LA INSTITUCION PARA EL CUIDADO DEL ANCIANO.

En este capítulo se revisarán algunos trabajos desde el punto de vista institucional, los problemas que acarrea ésta en el interno y las condiciones de trabajo en una institución de Protección Social.

A. Problemas que conlleva la institucionalización.

Goffman (1961) ha descrito ampliamente los efectos que sobre la conducta de los individuos tiene una institución. Al respecto, el autor ha observado que las características de las instituciones totales¹, incluyendo las dedicadas al cuidado de ancianos, son desoladoras, ya que en un momento dado el individuo se encuentra viviendo con un grupo de personas que no escogió, y que desconoce; el número de la población excede la capacidad de la institución y el anciano se enfrentará a situacio-

1 Una institución total se define como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. (Goffman, 1961, pp 13)

nes físicas y de trato diferentes a las que estaba acostumbrado.

Es característico que los beneficiarios de la institución lleguen al establecimiento con una "cultura de presentación" derivada de un mundo habitual, un estilo de vida y una rutina de actividades que se daban hasta el momento del ingreso a la institución. (Goffman, 1961 pp 25) Este tipo de institución no reemplaza la peculiar cultura propia del que ingresa, por algo ya formado; si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado "desculturación", o sea un "desentrenamiento" que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida en el exterior. (Robert Sommer, citado en Goffman, pp 26)

El interno comienza a recibir instrucción formal e informal, sobre lo que se llama sistema de privilegios. En primer término, están las "reglas de la institución", un conjunto explícito y formal de prescripciones que detalla las condiciones principales a las que el sujeto debe ajustar su conducta. En segundo término, se ofrece un pequeño número de recompensas y privilegios, claramente definidos a cambio de la obediencia prestada al personal; los castigos y privilegios son en sí mismos modos de organización inherente a las instituciones.

"Estas instituciones son generalmente manejadas por grupos de personas no entrenadas. La supervisión de éstas en tales escenarios, se fundamenta solo en la intuición. En ocasiones se considera exitoso algún evento, - en base a listas de asistencia o a observaciones no sistemáticas. Los eventos e interacciones son planeadas en calidad de pasatiempos. Los empleados establecen pocas interacciones con los internos, y generalmente no hay un criterio de atención a conductas específicas, de tal suerte que en ocasiones solo se atiende a las conductas perturbadoras". (Sony y Caudillo, 1976, pp 8)

Según Goffman, existen diferentes formas personales de adaptación en las personas que ingresan a una institución:

- Existe en primer término la "línea de regresión situacional". El sujeto retira su atención aparente de todo cuanto no sean los hechos inmediatamente referidos a su cuerpo; el sujeto se abstiene de toda participación activa en la vida de relación, esta conducta se manifiesta en forma regresiva. (Nitsche y Williams, citado en Goffman pp 70)

- "Línea intransigente". El sujeto se enfrenta con la institución en un deliberado desafío y se niega abier

tamente a cooperar con el personal.

- "Línea de colonización". La institución significa para el interno la totalidad del mundo: se construye una vida relativamente placentera y estable, con el máximo - de satisfacciones que pueden conseguirse dentro de esta.

- "Línea de conversión". El interno parece asumir - plenamente la visión que el personal tiene de él y se empeña en desempeñar el rol del perfecto pupilo.

A su vez Ullman y Krasner (1965), han observado que: "Es muy posible que la apatía y el retraimiento que constituyen los síntomas más difíciles de la esquizofrenia y los pronósticos más desfavorables, resulten del enfrentamiento a que se somete al paciente para que no insista - en sus puntos de vista, ni en sus legítimos derechos humanos. Existe una situación típica, en la reducción pronunciada del contacto social normal y de la estimulación sensorial. Cierta número de autores, han supuesto que - las diferencias sensoriales y sociales implicadas en esta situación, forman un paralelo con la producción de - conductas semejantes a psicosis observadas en experimentos de privación sensorial (Mc Reynolds, Acker y Osigly, 1959). Los correlatos psicológicos que desempeñan un determinado papel y las condiciones físicas de la dieta, -

del ejercicio y de las condiciones de vida, pueden conducir a similitudes bioquímicas que son resultados y no la causa de la hospitalización. (Kety, 1960)"

Además de lo ya expuesto, la situación institucional favorece una creciente inmovilidad, altas tasas de aislamiento social, apatía general hacia el ambiente y dependencia, (Bockoven 1963, Kantor y Gelineu 1965, Zushman 1967), pasividad por el trabajo, ya que el anciano está menos interesado en adquirir destreza en alguna actividad, se dice que es menos apto para experimentar orgullo por lograr algo. (Litwin, 1970)

Otro hecho clave de estas instituciones, consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos.

De igual forma, el retirar el equipo de identificación o el poco conjunto de pertenencias, afecta considerablemente a los internos. Una vez que se despoja al individuo de sus posesiones, la institución debe hacer por lo menos algunas formas de reemplazos, pero estos revisitan la forma de entregas comunes, de carácter impersonal, distribuidos uniformemente.

La falta de gavetas individuales y el registro pe -

riódico de objetos personales, refuerzan el sentimiento de desposeimiento. Se le despoja de su acostumbrada apriencia, así como de los instrumentos y servicios con los que la mantiene, sufriendo así una desfiguración personal (falta de ropa propia, peines, jabones, máquinas de afeitar, etc.).

Hay algunas comodidades materiales significativas para el individuo, que tienden a perderse cuando ingresa en la institución (una cama más o menos cómoda, o la tranquilidad nocturna).

La mayoría de los ancianos, se amoldan a las estructuras institucionales existentes, sin introducir ninguna presión hacia el cambio.

B. C o n d i c i o n e s f í s i c a s , d e p o
 b l a c i ó n y d e s e r v i c i o s
 d e u n a i n s t i t u c i ó n d e
 P r o t e c c i ó n S o c i a l .

El Departamento del Distrito Federal (D.D.F.) en su sección de Protección Social y Servicio Voluntario, cuenta con cinco instituciones diversas, tres al servicio de menores y dos al servicio de adultos y ancianos -

indigentes, una que alberga a personas del sexo masculino y otra a las de sexo femenino.

La casa de Protección Social No. 2, para varones - fue fundada en 1954 por el Lic. Ernesto P. Uruchurtu.

Las causas de ingreso a la institución se hacen generalmente por medio de las "recolectas" diarias de las camionetas de servicios sociales del DDF, las cuales se encargan de recoger a las personas que carecen de hogar, que duermen en la vía pública, que viven de la limosna o vagancia. También se ingresan a las personas extraviadas, personas de provincia que carecen de medios económicos o de salud para regresar a su lugar de origen, o que requieren tratamiento médico o de rehabilitación por un período de tiempo corto, sin necesidad de permanecer internados en algún hospital.

El número de población fluctúa diariamente, aunque una parte de ésta es considerada como población permanente.

El total de la población abarca de 250 a 300 personas aproximadamente. En ella se encuentran personas cuyas edades fluctúan entre los 18 y 95 años de edad. Las edades de la población generalmente pueden agruparse de

la siguiente manera:

Edad	No. de personas
18-19	26
20-29	25
30-39	20
40-49	25
50-59	25
60-69	40
70-79	35
80-89	30
90-95	10

Para un mejor manejo de la población, se ha clasificado a esta por medio de observaciones y entrevistas en 3 grandes grupos:

- Incapacidad física y/o social
- Incapacidad mental media o adaptable
- Incapacidad mental aguda

Características físicas:

En 1977 esta institución se encontraba ubicada en la calle de Av. Legaria No. 373. Las instalaciones fueron planeadas originalmente para una escuela de educación básica, posteriormente fue adaptada para asilar a un grupo de personas con diversas características y procedencia.

Cuenta con un jardín al frente que no es utilizado, un jardín interior con pasillos que lo dividen en secciones, un patio con piso de concreto que es utilizado por

los internos que no pueden deambular. (Figura No. 1)

El edificio principal cuenta con dos plantas. En la planta baja se encuentra un dormitorio con 14 camas colocadas en dos hileras paralelas, el taller de carpintería y electricidad, dos comedores con 40 mesas colocadas en hileras de 10 cada una, cada mesa con 4 sillas, dos oficinas para el personal, una pequeña cocina, un baño para el personal y un almacén. En ese mismo nivel también se encuentra una lavadora de ropa, un almacén de ropa y regaderas generales. En el otro extremo del edificio principal están los sanitarios y un dormitorio llamado "el galerón", donde se encuentran 60 camas colocadas en 2 hileras y que está destinado a los enfermos graves y aquellos individuos que no pueden deambular. En la planta alta se encuentran 7 dormitorios más con 14 camas cada uno colocadas en dos hileras.

Fuera del área anteriormente descrita y en el frente y lado izquierdo de la construcción, se encuentra una pequeña enfermería, con instrumentos básicos únicamente y con algunos medicamentos.

Personal y Servicios:

La institución es atendida en dos turnos, con la mayoría de los servicios funcionando en el primero. Cuen-

ta este con:

- 6 mozos que llevan a cabo actividades de vigilancia, limpieza general y de los internos, alimentación e intendencia en general.
- 2 trabajadores sociales permanentes, que se encargan de los expedientes de los internos, recibir y registrar ingresos, tomar datos personales, ubicarlos en dormitorios, petición de servicios médicos a hospitales y clínicas de asistencia popular y en algunos casos hacer investigación domiciliaria y de radiodifusión para los extraviados.
- una psicóloga que organiza actividades recreativas, sociales y ocupacionales; clasificación de la población según habilidades de autosuficiencia y adaptación a la institución; entrevistas y tratamientos individuales y de grupo.
- una secretaria y un subdirector que llevan a cabo funciones administrativas.
- un médico y dos enfermeras que se encargan de administrar medicamentos, curaciones y canalizar a hospitales a los enfermos graves.

- 15 internos tienen funciones fijas como son: limpieza de dormitorios, comedores, utencilios de alimentación, distribución de alimentos, cuidado de internos, traslados de enfermos, limpieza de los mismos.

La alimentación se proporciona tres veces al día y se trae de la Casa de Protección No. 1, que es la de mujeres, donde se encuentran instalaciones y personal adecuado y dedicado a ello.

Los servicios médicos funcionan únicamente en la mañana. En el turno vespertino y nocturno solo hay vigilancia.

Los internos reciben un baño obligatorio una vez - por semana al igual que una muda de ropa limpia.

Actividades:

Un día normal comienza a las 7 a.m. hora en que son llevados al patio; a las 8.30 reciben el desayuno; posteriormente regresan al patio para deambular o colocarse - en cualquier lugar, sólo un reducido número de internos (15) tiene una actividad productiva a que dedicarse el - resto de la mañana o de la tarde, como es tejer bolsas, sombreritos, alcancías de madera, reparación de aparatos eléctricos, tejer canastas de plástico; los demás inter-

nos pasean por los corredores, roban a otros, provocan riñas, realizan ritualismos motores y verbales, tales como masturbarse, platicar solos, otros entablan conversaciones con compañeros, se dedican al aseo personal, etc. Tres veces a la semana se colocan mesas y sillas en el pasillo para que los ancianos jueguen lotería, dominó, forren cajas y botellas, etc. Aproximadamente a las 13.30 hrs. es servida la comida y después se repite el ciclo matutino de inactividad. La cena se sirve a las 19.30 hrs. y posteriormente entran a sus dormitorios y algunos ven televisión o escuchan el radio. Los viernes por las tardes se les proyectan películas; los paseos se programan una vez al mes aproximadamente, pero sólo participan los ancianos y personas jóvenes que pueden trasladarse por sí mismos; esporádicamente reciben la visita de las promotoras sociales que les llevan cigarros, dulces y revistas.

Los sábados y domingos no asiste más que el personal de vigilancia, por lo que las actividades se ven reducidas aún más.

El costo de sostenimiento por persona en estos establecimientos, se calcula en \$ 9.70 a \$ 11.40 por persona.

Una de las características más importantes de esta

institución, es la heterogeneidad de la población que alberga, haciéndola única en su tipo en el Distrito Federal.

Como se mencionó anteriormente, la mayor parte de la población fluctúa entre los 60 y 89 años de edad, siendo este grupo uno de los más importantes a considerar, tanto por su número como por las características conductuales que se dan en estos, tales como aislamiento, depresión, apatía, improductividad y las enfermedades físicas que acarrea tanto su condición de ancianos como su falta de actividad.

Se consideró también esta población por ser la que menos atención social recibe, tanto por los empleados como por el grupo voluntario, ya que por la imagen que tradicionalmente se tiene del anciano, prefieren no importarlo y concretarse a satisfacer algunas de sus necesidades básicas, centrando así su atención en el grupo de población joven y con mayores posibilidades de producción.

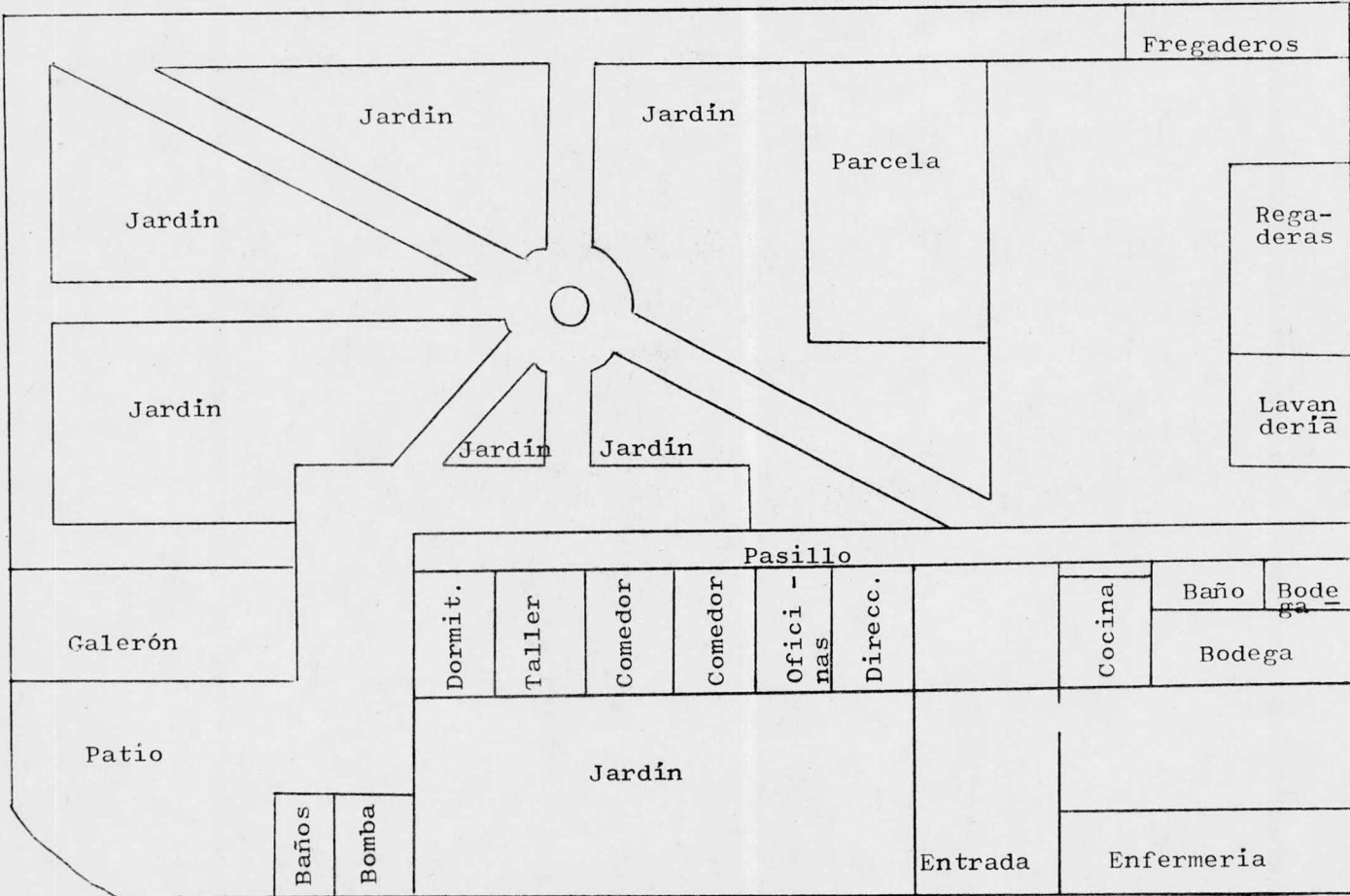


Figura 1: Croquis de las Instalaciones de la Casa de Protección Social No. 2 Departamento del Distrito Federal Planta Baja.

IV. UNA HISTORIA DE CASO EN
LA REHABILITACION FISICA
Y SOCIAL.

A. Algunas consideraciones -
sobre el problema del an-
ciano.

Como se ha mencionado, las formas habituales de -
adaptación a la institución, implican en primer término
una disminución en la tasa de actividad, formas de com -
portamiento que van desde la apatía y dependencia extre -
mas hasta formas abiertas de rechazo y adquisición de há -
bitos mal adaptativos.

Litwin (1970), ha mencionado que el problema de la
inactividad del anciano, no es tanto por sus impedimen -
tos físicos, sino por una falta de motivación adecuada -
de la gente que le rodea para que logre una meta a tra -
vés de la actividad, pudiendo ser esta al nivel de sus -
capacidades físicas y adaptativas.

Barkin (1970), mencionó que las personas mayores -
pueden ser reentrenadas al igual que las más jóvenes y -
que el trabajo puede ser rediseñado o ajustado para capa -
citar a estos individuos.

El trabajo por otra parte, es una actividad que reviste mucha importancia en nuestra sociedad, tanto en los aspectos de satisfacción y logro como de supervivencia. Uno de los beneficios inherentes a la situación de trabajo, es la reeducción económica que de él surge; para que este efecto se continúe presentando, es importante encontrar algún medio por el cual se venzan todos los obstáculos que para el anciano presenta la actividad física prolongada, en la forma de caminar por las calles para encontrar clientes para su producto, reabastecerse de material, etc.

Trabajos como el de Lindsley (1964), consideran adecuada la estructuración de un ambiente que permita al anciano continuar obteniendo fuentes de estimulación y reforzamiento, adecuados a sus deficiencias, por medio de la alteración, ya sea del individuo o del ambiente para que se produzca así una conducta adecuada. Además propone como alternativa al rechazo del anciano, que se le dé oportunidad de producir, no importa qué y en pequeña escala objetos útiles que lleguen a ser reforzantes para los más jóvenes.

B. Descripción del problema
y objetivos del trabajo.

Algunos ancianos que se encuentran en este lugar, - carecen de un repertorio locomotriz apropiado (caminar), por lo cual su forma de desplazarse es arrastrándose de espaldas, apoyados en las rodillas y algunos en sillas - de ruedas, aunque estas son escasas y utilizadas sólo en el caso de enfermos graves.

Por otro lado esto propicia una reducción en su interacción social y el número de actividades en las que - pueden participar, así como en la probabilidad de obtener algún tipo de reforzamiento.

Sin embargo, existían algunas personas que a pesar de poseer un repertorio locomotriz adecuado, este no era suficiente para garantizar que se integraran a las actividades sociales y de trabajo, que se encontraban disponibles en ese momento.

Por otro lado, las personas que intervenían en alguna actividad, se encontraban desorganizadas, impidiéndoles esto, vender el producto de su trabajo, abastecerse de material y ampliar su mercado.

Por tal motivo, el objetivo general de este trabajo fue el elaborar una secuencia de tratamiento, que permitiera a un individuo adquirir un repertorio de locomoción e integrarse a un grupo de trabajo y que además, la organización de este, fuera tal, que mantuviera e incrementara la interacción social y que los beneficios económicos que se derivaran de su trabajo fueran administrados por ellos mismos.

O b j e t i v o s E s p e c í f i c o s .

- Rehabilitación física de funciones de deambulaci6n, por medio del uso de muletas, de forma tal, que se propicie una mayor probabilidad de acercamiento a situaciones de interacci6n social.
- La adaptaci6n del interno al lugar, a trav6s de su participaci6n en actividades concretas.
- Propiciar por medio de la actividad grupal la interacci6n social.
- Propiciar una fuente de autoreforzamiento, por medio de una actividad productiva.
- Mantener e incrementar las situaciones de interac -

ción social.

Dichos objetivos, se plantearon en base a la realidad de las instituciones públicas y en particular de la institución anteriormente descrita, ya que se carecen de recursos económicos y humanos, que respaldaran otra intervención más compleja.

Es de suma importancia, hacer notar, que el propósito de este trabajo no es evaluar o demostrar la eficacia de alguna técnica u aproximación particular al problema del anciano, sino aplicar aquellas técnicas que han demostrado ser eficaces en otro tipo de poblaciones, con problemas físicos y de interacción.

C. F u n d a m e n t a c i ó n t e ó r i c a y
e x p e r i m e n t a l d e l o s p r o c e
d i m i e n t o s e m p l e a d o s .

Entrenamiento en el uso de muletas.

Una de las metas de la rehabilitación es lograr que el paciente adquiriera habilidades motoras que le permitan desarrollar su capacidad máxima de funcionamiento dentro de los límites impuestos por su impedimento (Rusk, 1966).

En cuanto al restablecimiento de un repertorio motor de desplazamiento en posición erecta se han programado una serie de ejercicios para los que el fisioterapeuta (Rusk, 1966) hace varias recomendaciones, entre las que se encuentra llevar a cabo en primer lugar, el adiestramiento funcional de los sistemas involucrados en el repertorio a establecer por medio del ejercicio. Este puede ser realizado en la cama, barras paralelas y posteriormente por medio de muletas.

Ejercicios en el colchón.

1. Cambio de posición (de decúbito pron a decúbito supino, y decúbito supino a posición sentada).
2. Mantener el equilibrio en posición sentada.
3. Moverse en todas las direcciones sentado en una superficie horizontal. .
4. Manipulación de las extremidades enfermas desde un nivel alto a uno bajo y viceversa.
5. Fortalecimiento de músculos (ejercicios de empuje abdominal y dorsal).
6. Estiramiento activo o pasivo.
7. Coordinación y destreza (preparación para barras paralelas).

Ejercicios en barras paralelas.

Sus finalidades son:

1. Crear tolerancia a la posición de pie (soportar el peso).
2. Mantener el equilibrio en posición de pie al mover el tronco, los brazos o ambos.
3. Fortalecer las extremidades superiores (impulsarse hacia arriba).
4. Control pélvico.
5. Ponerse de pie y sentarse sosteniéndose en las paralelas.
6. Patrón básico de marcha, incluyendo ritmo, como preparación para mantener el equilibrio con las muletas y caminar.

Ejercicios con muletas.

Tienen las siguientes finalidades:

1. Lograr equilibrio en posición de pie usando muletas.
2. Regulación pélvica.
3. Colocar las muletas en diferentes direcciones.
4. Ejercicios preparatorios para la ascensión. (elevar una muleta y ejercicios en barras paralelas)
5. Ejercicios preparatorios para caer que preceden a la ambulación y a las actividades cotidianas.

El autor cita los elementos básicos requeridos para el logro de las metas:

1. Hacer demostraciones y explicaciones claras y concisas.
2. Vigilancia de cada ejercicio conforme lo efectue el paciente y corrección inmediata de los errores.
3. Tomar en cuenta el dolor y la tolerancia a la fatiga por parte del paciente.
4. Los periodos breves y frecuentes de actividad, son más beneficiosos que las sesiones prolongadas con intervalo mayores.
5. Es importante mantener la contracción al finalizar el movimiento y relajar los músculos paulatinamente.

Por otro lado, en 1971 Horner publicó un trabajo en el cual se llevó a cabo un entrenamiento para el uso de muletas en un niño de 5 años, retardado y con espina bífida. El propósito de la investigación fue determinar si este repertorio podría establecerse y mantenerse a través de la combinación de una secuencia de aproximaciones sucesivas y el desvanecimiento de instigadores físicos y demodelamiento y la programación contingente de reforzadores naturales.

Los datos reportados muestran éxito en la aplica-

ción de tales principios para implementar el repertorio señalado.

Al compararse los trabajos anteriormente citados se encuentran similitudes en cuanto a la programación de los ejercicios apoyándose en el repertorio básico que posee el sujeto, en el uso de instrucciones claras, de retroalimentación inmediata y de aproximaciones sucesivas al repertorio final.

Interacción Social.

En algunos trabajos donde se ha utilizado la economía de fichas, se ha enfatizado dentro de sus objetivos, la adquisición de repertorios sociales adecuados.

Los estudios de Atthowe y Krasner (1968) y de Shaefer y Martin (1966), tuvieron como algunos de sus objetivos la modificación de conductas apáticas; sus programas fueron diseñados para promover la interacción social en forma de una mayor actividad, responsabilidad, planeación para el futuro y toma de decisiones de una forma responsable. Estas conductas eran reforzadas por medio de fichas cada vez que los pacientes interactuaban de manera adecuada (según los objetivos del programa) con los pacientes o con el personal.

Abrams en 1974 llevó a cabo un trabajo con pacientes psíquicos hospitalizados, en este utilizó una economía de fichas cuya forma de canje favorecía la interacción social, esto es, en lugar de reforzar la interacción directamente, a los pacientes les eran proporcionadas fichas transferibles que podían ser consumidas o canjeadas por otros pacientes pero no por ellos mismos.

Domínguez (1972) llevó a cabo un estudio con reclusos, en el que planteaba como objetivos, la adquisición de habilidades sociales y vocacionales, utilizando un sistema de fichas. Los repertorios sociales de interés fueron, disminución de la interacción recluso-recluso por medio de amenazas y fuerza física, alterar jerarquías "militares" entre reclusos, interacción cooperativa entre el recluso y autoridades, familiares, sexo opuesto, otros reclusos y autoridades fuera de la prisión.

Este mismo autor en 1976, realizó otro trabajo con sistema de fichas, en el que los objetivos eran promover procesos sociales de cooperación, interacción, reciprocidad y algunas formas descritas como dramáticas. Otro de sus objetivos fue que el interno tuviera presente que mediante sus propios esfuerzos puede cambiar su situación y a él mismo. Uno de los presupuestos más importantes de su trabajo, fue que la falta de recursos para comprar

y la carencia de las habilidades necesarias para participar en la corriente principal de la comunidad fuerza a estos individuos a aislarse.

El único trabajo conocido en México con ancianos, es el que realizaron Soni y Caudillo en 1976. Aunque sus propósitos se centran en el análisis experimental de cuatro procedimientos motivacionales, también refieren como uno de sus objetivos el "promover o provocar en los internos el interés por actividades de grupo de tal manera que el aspecto de socialización fuese mejorado" (pág. 32).

El trabajo de O'brien, Azrin y Henson (1969), pretendió incrementar la comunicación de pacientes mentales crónicos, por medio de reforzamiento y requerimiento de verbalizaciones acerca de el tratamiento que les era aplicado.

Uno de los trabajos más importantes a nivel teórico y experimental sobre la interacción en niños y adultos es el de Patterson y Reid (1970), quienes señalan que:

"Una interacción social consiste ordinariamente de un intercambio en que A refuerza mientras B escucha, alternando con B reforzando mientras A escucha" (Patter -

son & Reid, 1970, pp 142).

En cuanto a la importancia de la proximidad, como favorecedora de interacción citan que:

"Por cortos períodos de tiempo casi cualquier combinación de 2 personas es probable que proporcione reforzamiento mutuo para la conducta del otro. Esto puede relacionarse al hecho, repetidamente puntualizado por los psicólogos sociales, que la "proximidad" es uno de los determinantes principales de la selección de amistades". (Patterson & Reid, 1970, pp 141).

En cuanto a los factores que favorecen el agrupamiento de amistades señalan:

"De cualquier forma, las interacciones prolongadas o el agrupamiento de parejas de amistades, es más probable que ocurra como una función de jerarquías traslapadas de conductas que son las fuentes principales de reforzamiento para todas las personas involucradas. Esto podría sugerir, por supuesto, que los agrupamientos de amistades son hechos parcialmente sobre la base de similitudes de interés, trabajo y pasatiempos. Interactuando con otra persona con intereses similares podría no solo incrementar la probabilidad de que usted atende-

rá a su conducta y por lo tanto lo reforzará, sino que también incrementa la probabilidad de que usted sea reforzado. Esta hipótesis general ha sido sugerida también por Byrne, Griffet y Stefaveak (1967) quienes también mencionan algunos datos para su soporte. (Patterson & Reid, 1970, pp 141-142).

Por último es importante señalar que los repertorios sociales en cualquier tipo de individuo, entre ellos los retardados y pacientes psiquiátricos, son de gran relevancia ya que el poseerlos aumenta la probabilidad de exponerse a consecuencias sociales positivas (Rosen, 1976; Thomas, Whitman, Mercurio & Caponigri, 1970; Matson & Stephens, 1977; Eisler, Blanchard, Fitts & Williams, 1978).

Estos hallazgos se hacen extensivos a los ancianos ya que como menciona Linsley (1964), la condición del paciente psicótico y retardado en cuanto a sus deficiencias de comportamiento son: "tan extenuantes y desafiantes como las que muestran las personas de edad avanzada" (pp 284).

Cooperación.

Se ha tratado de definir la conducta cooperativa de

varias formas, tomando en consideración diferentes tipos de criterios. Algunos de ellos son: actividad conjunta y el criterio para recibir reforzamiento.

En cuanto al criterio de actividad, Skinner (1953) menciona que la conducta social es "aquella que emiten - dos o más personas en relación una a otra, o en conjunto respecto a un medio ambiente común... la conducta de dos individuos puede estar relacionada en un episodio social no primariamente a través de un intercambio entre ellos, sino a través de variables externas comunes". (pp 336)

En cuanto al criterio de reforzamiento, Skinner - (1953) menciona que éste se obtiene o es dependiente al menos en parte de la conducta de otro individuo. Además, dicho reforzamiento es distribuido equitativamente al - igual que las respuestas que llevan a su consecución.

Keller y Schoenfeld (1950) definen cooperación como la situación en la cual la conducta combinada de dos o - más organismos es necesaria para producir un reforzamiento positivo o eliminar uno negativo para ambos. Mencionan también que la cooperación implica dos elementos: - a) la acción de cada organismo debe ser discriminativa - para el desempeño conductual del otro; y b) cada orga - nismo debe ser reforzado por la parte que desempeña en -

el esquema cooperativo.

En el estudio experimental de la cooperación algunos autores han empleado procedimientos en que se utilizan aparatos electromecánicos (Gelfand, Hartam, Cromer, Smith & Page, 1975; Altman, 1971; Azrin y Lindlsy, 1956; Hingten & Trost, 1972; Hartman, Gelfand, Smith, Paul, Cromer, Page & Lebenta, 1976; Cohen, 1972), y otros que manejan las consecuencias naturales de la respuesta cooperativa (Hart, Reynolds, Baer, Browley & Harris, 1968).

Una consideración acerca del empleo de aparatos en el estudio de la conducta cooperativa es que la respuesta es solamente existente en las condiciones mecánicas que proporciona la manipulación de una operando, situación totalmente arbitraria y ajena que limita el estudio de la conducta cooperativa en cuanto a las consecuencias naturales que la producen y mantienen.

El tipo de respuestas cooperativas definidas en los estudios ya mencionados se pueden agrupar en tres categorías diferentes:

1. respuestas de ayuda.- la respuesta exigida implica una pérdida de reforzadores en favor de otro sujeto.

2. respuestas cooperativas.- la respuesta implica la manipulación simultánea, y según el criterio establecido, por parte de ambos sujetos, para que de esta manera obtengan automáticamente una consecuencia para ambos.

3. respuestas cooperativas en una situación de interacción social natural.- definida como aquella en la que la tarea implica contacto físico y aproximación y/o verbalizaciones por parte de los sujetos bajo estudio. - Las consecuencias son de dos tipos: condicionadas (monedas) y naturales (alabanza).

Como se puede observar estas categorías de respuesta se diferencian ante todo en cuanto a la actividad requerida (naturales o arbitrarias) y al tipo de consecuencias administradas (positivas o negativas, naturales o arbitrarias).

Las conclusiones derivadas de los resultados de estos trabajos pueden dividirse en dos grupos: aquellos que consideran que las instrucciones, alabanza o atención son suficientes para lograr la respuesta cooperativa o de donación y aquellos en que la consecuencia contingente positiva o negativa decrementa o incrementa la respuesta cooperativa.

Para concluir, según las definiciones y las respuestas obtenidas se puede concluir que la cooperación en sí misma proporciona consecuencias, de tal forma que puede mantenerse naturalmente la ocurrencia de esta, pero en primer término es necesario llevar a cabo la manipulación de variables como las instrucciones, alabanza, reforzamiento positivo, etc., para que se asegure su ocurrencia.

VARIABLES INSTRUCCIONALES ACERCA DEL MATERIAL, DISTRIBUCIÓN DE SUJETOS Y MOTIVACIÓN EN EL TRABAJO CON EL ANCIANO.

El deterioro en los ancianos no es el mismo para todas las aptitudes o habilidades en los mismos períodos cronológicos. Tomando en cuenta los estudios de Ufland (1931) sobre la fuerza muscular lumbar, de Ficher y Birren (1945) sobre la fuerza muscular manual, de Miles (1931) sobre la movilidad manual y de Bright sobre la agudeza visual, se ha resumido que en lo que respecta a la fuerza muscular, existe un retroceso más rápido para la fuerza lumbar que para la fuerza manual; el descenso neto de la movilidad manual a partir de los 60 años, los tiempos de reacción a partir de los 70, lo mismo que la agudeza visual. (citado en Bize y Vallier, 1973, pp 88)

El envejecimiento también puede apreciarse en términos de "maneras de hacer" diferentes, según los autores J. Szafran, Kay y Welford (1969) las personas de edad encuentran dificultades cuando se hallan ante tareas que implican: la ausencia de guías sensoriales, lo que los obliga a apoyarse en puntos de referencia visuales y a admirar lo que están haciendo; la ausencia de secuencia lógica en la presentación de la información, sobre todo cuando esta es mucha y todos los datos se obtienen al mismo tiempo; la ausencia de todo apunte esquemático cuando el número de datos que hay que retener y de datos que hay que emplear es elevado; cuando por ejemplo hay que comprender y expresarse mediante símbolos las relaciones, por una parte entre la dirección, la fuerza y la forma de una acción y por otra su efecto.

En general las personas de edad encuentran dificultad para substituir con una respuesta nueva otra respuesta; siguen sus tendencias habituales; antes de comenzar una tarea se rodean de numerosas garantías y elaboran mentalmente un método; mientras que los más jóvenes se lanzan al trabajo sin tener de el una visión muy clara y se organizan a medida que lo van ejecutando, sacando provecho de sus propios errores. (Bize & Vallieri, 1973).

Rosen y Neugarten (1964) consideran que en el ancia

no los problemas motivacionales son: la evitación más que la involucración en una actividad; se encuentra menos interesado en la maestría de una actividad; es menos apto para experimentar "orgullo" en la terminación de una tarea; expresa disgusto por la actividad y competencia, debido a un decremento en el interés acerca de las oportunidades de promoción o cambio de actividad en el trabajo.

Lindsley (1964) propone al respecto que "la falta de interés, significa otra cosa que la pérdida, en el an iano, de ciertas oportunidades de ser reforzado, o bien que los reforzadores programados en su ambiente inmediato han dejado de ser efectivos" (pp 293).

La característica principal de las personas de edad es la lentitud, misma que no está ligada a un mayor de seo de precisión: es un fenómeno fundamental, en rela ción directa con la senescencia del sistema nervioso.

El envejecimiento de las aptitudes, mencionan Bize y Valier, obedece a un mecanismo complejo que tiene causas fisiológicas, socioculturales, de hábitos contraídos, las actitudes ante las dificultades y "la cualidad del equi pamien to per son al en ap titud es". Mencionan por últi mo que envejecen sobre todo las funciones de que el suje

to está menos dotado, las que menos ha desarrollado o -
han sido más contrareastadas.

Algunos autores tomando en consideración los problemas a los que se enfrentan las personas de edad, como -
los ya mencionados, en cuanto a la realización de una ta
rea han propuesto tomar en cuenta algunos elementos par-
ticulares como son: el tipo de material empleado, la dis
tribución de los sujetos, las variables instruccionales
y motivacionales.

En cuanto al material parece evidente el utilizar -
aquel que sea de fácil manipulación, flexible, de tamaño
fácilmente visible, para no forzar la precaria agudeza -
visual de estas personas, y por último, que no presente
peligro en su uso.

La distribución de los sujetos se recomienda que -
sea de tal forma que favorezca el contacto visual entre
todos y cada uno de los miembros (en círculo) y que se -
favorezca de esta manera la interacción. Esta recomenda
ción se fundamenta en los estudios llevados a cabo por -
Sommer (1962) y por Sommer y Ross (1958) (citados en So-
ni y Caudillo). Sommer demostró que la gente prefiere -
sentarse de frente, a excepción cuando la distancia es -
demasiado grande para una conversación cómoda. Sommer y

Ross reacomodaron el mobiliario de una sala geriátrica - en donde los pacientes se habían mostrado apáticos; esta recomendación fue en forma de círculo, y así el número - de conversaciones entre los internos se duplicó.

Para el trabajo con ancianos se recomienda el uso - de instrucciones claras, precisas y sencillas, y en con- - tinuidad con la presentación de un modelo. Este tipo de procedimiento ha probado ser efectivo para la adquisi- - ción de otro tipo de habilidades, como las asertivas - (Hersen, Miller, Johnson y Pinkson (1973). Deben evitar se comentarios de desaprobación por mínimos que estos - sean, ya que de esta manera el anciano se vería reforza- - do en cuanto a sus espectancias de fracaso (Linsley, - 1964; Barkin, 1970).

En cuanto al tipo de reforzadores que deben utili - zarse, Linsley propone la utilización de reforzadores - idiosincráticos, históricos individuales, narrativos ex- - pandidos, sociales a largo plazo. Propone también esta- - blecer "contingencias regulares de reforzamiento en que cada respuesta sea seguida por un evento reforzante... - de programas conjugados en los que la intensidad de un - reforzador, que se halla continuamente disponible, sea - función de la tasa de respuesta" (pp 295). Ya que las - deficiencias, señala el autor, al utilizar programas de

reforzamiento intermitente pueden atribuirse a limitaciones en la memoria reciente y en la capacidad para formar condicionamientos.

Así también se señala la importancia de utilizar la retroalimentación inmediata a la respuesta del viejo - (Litwin, 1970).

D. Descripción de Casos .

Sujeto 1. Adulto, sexo masculino, de 65 años de edad aproximadamente. Sufrió fractura en tibia y peroné a la altura del tercio superior de los músculos gemelos de la pierna derecha. Por inatención médica, sufrió una contracción muscular por lo que no le es posible que la pierna baje lo suficiente y el pie se apoye en el suelo. El sujeto tiene un año aproximadamente de arrastrarse - ayudado de una tabla que coloca en el suelo y en ella se sienta para evitar rozamiento directo con este. En el - sujeto en cuestión se observó que su interacción se limitaba a escasas dos personas: el mozo de la cocina que repartía el alimento y el vigilante de esa zona de la institución. Los demás internos que se encontraban en esa área presentaban también deficiencias en la locomoción y algunos de ellos estaban calificados como "enfermos men-

tales". Además este era el único espacio en que permanecía el sujeto, con excepción de trasladarse al baño que se encontraba a 5 metros del lugar y el dormitorio se localizaba a 20 metros. Según reportes del sujeto no se trasladaba a otro lugar, jardín o comedor, debido a que se cansaba y corría el peligro de ser mojado o arrollado por otros internos. Otros servicios que no eran aprovechados por el sujeto era el asistir a la enfermería para servicio médico, y no salir a los paseos programados para otros ancianos que si pueden trasladarse de manera autosuficiente (muletas, bastones, sillas de ruedas o por su propio pie). Este sujeto participó en todas las fases: en el entrenamiento en el uso de muletas, de habilidades ocupacionales y facilitación de interacción social, y en cooperación y mantenimiento de los repertorios adquiridos.

Sujeto 2. Sexo masculino, de 70 años de edad, sufrió un accidente automovilístico por lo cual fue institucionalizado después de salir del hospital. Actualmente usa muletas para caminar y presentaba un alto índice de conducta de aislamiento; su interacción era esporádica y se limitaba a un sólo individuo que es su compañero de dormitorio.

Sujeto 3. Sexo masculino, edad 70 años, tenía 10 -

meses aproximadamente de permanencia por encontrarse durmiendo en la vía pública; presentaba un alto índice de conducta de aislamiento, se rehusaba a asistir al comedor, no interactuaba con nadie, a menos que fuera instigado a responder por la psicóloga.

Las observaciones preliminares corroboran el alto índice de aislamiento, y la falta de asistencia a actividades recreativas y productivas. Estos sujetos (2 y 3), participaron en el entrenamiento en habilidades ocupacionales, facilitación de interacción social y en la fase de cooperación y mantenimiento.

Los sujetos 4, 5 y 6, cuyas respectivas edades son 64, 25 y 58, participaron en las mismas fases que los otros, pero sus datos no son reportados, ya que no presentaban el problema de aislamiento y autoestimulación, sino que carecían de grupo de trabajo y por tal motivo fueron integrados a las fases de trabajo. Además uno de ellos, (sujeto 5), fungía como instructor, ya que poseía experiencia en la confección de canastas y había demostrado interés y eficiencia en el trato de los ancianos.

Sujeto 7, cuya edad es 49 años, y que sólo participó en la última fase (cooperación y mantenimiento), debido al interés que presentó por integrarse al grupo y por

encontrarse en la última fase de su recuperación por intervención quirúrgica, teniendo facilidad para salir de la institución a vender la mercancía.

E. Fases de entrenamiento.

Entrenamiento en el uso de muletas.

Sujeto No. 1.

Escenario. Espacio de 4 x 3 metros debajo de una escalera, rodeado éste por 3 de sus lados con un barandal metálico. Este lugar se encuentra en la casa de Protección No. 2 del D.D.F.

Aparatos. a) Barras paralelas construidas con un tubo que se colocaba paralelo al barandal de 4 metros, y era asegurado con un alambre en los extremos, con un espacio entre ellos de 70 cms. y una altura de 1 metro.

b) Barras paralelas con las medidas recomendadas por un terapeuta en rehabilitación física y fabricada en un taller de herrería, con medidas de 2 metros de largo, 80 cms. de ancho y altura ajustable.

c) Muletas largas ajustadas a las medidas del sujeto como a continuación se describe. El sujeto permanece

cia de pie, la longitud se medía según la distancia entre la axila (A) y el pie, (C) dejando un espacio de 5 cms. (A') entre la axila, y (A) el apoyo correspondiente de la muleta; el apoyo para la mano, se obtiene midiendo la distancia entre la mano (B) y el regatón (C'), que debe estar colocado 3 cms. más abajo del punto de apoyo del talón (C). (Ver fig. 2).

d) Cronómetro, hojas de registro, lápiz.

Registro. De frecuencia: número de respuestas correctas e incorrectas.

Fases de Entrenamiento. Consistió de una secuencia de 6 fases, que van del uso de barras paralelas, al uso de muletas en espacios grandes. La secuencia es la siguiente:

1. Mantenerse de pie auxiliado por las barras. El criterio de respuesta correcta era que el sujeto se mantuviera de pie un mínimo de un minuto, y un máximo de 2 minutos.

2. Desplazarse sobre las barras paralelas. El criterio era cubrir toda su longitud, dos veces consecutivas.

Para la fase 1 y 2 se utilizaron instrucciones verbales, acerca de cómo llevar a cabo la tarea, reforzamiento social en forma de alabanza y aprobación de la conducta deseada, reforzadores manipulables (libros, revistas y cigarros). Estos últimos se administraban esporádicamente al final de la sesión.

3. Desplazarse haciendo uso de muletas entre el espacio de las barras dos veces consecutivas. Se utilizaron instrucciones más modelamiento por parte del instructor. Este tomaba las muletas, las colocaba de la forma adecuada y se desplazaba. Cuando el sujeto no podía llevar a cabo la tarea por sí mismo, el instructor colocaba las muletas adecuadamente, sosteniéndolo por los hombros y por la espalda. Se proporcionaba reforzamiento social y reforzadores arbitrarios como los mencionados anteriormente.

4. Desplazarse con muletas la misma distancia de las barras paralelas pero fuera de ellas. El criterio era que el sujeto colocara pies y muletas en las señales marcadas en el piso. Se utilizó reforzamiento social y material, la retroalimentación de su ejecución inmediata de respuestas correctas e incorrectas y por medio de gráficas semanales.

5. Desplazarse con muletas en un pasillo de aproximadamente 20 metros de longitud. El criterio era colocar pies y muletas en la misma posición y distancia que cuando se usaban marcas en el piso, pero ahora ya no se colocaban. Se utilizaron los mismos reforzadores que en la fase anterior.

6. Desplazarse con muletas en cualquier dirección y espacio comprendido dentro de la institución. Esta fase se consideró de generalización, al sujeto le fueron dejadas sus muletas para que las utilizara a cualquier hora y en cualquier lugar, primero bajo la vigilancia de los instructores, aunque a distancia, y después sin ella. El reforzamiento se consideró intrínseco a la tarea.

Resultados.

En la figura 3 se observa que durante la fase 1 se llevaron a cabo 4 sesiones con duración promedio de 30 minutos. Durante las sesiones 1 y 2 alcanzó un tiempo de ejecución de 64 segs. para cada respuesta, y en las sesiones 3 y 4 alcanzó el criterio máximo de 2 minutos. En todos los ensayos se superó el criterio mínimo de un minuto para considerar la respuesta como correcta. Estos resultados fueron a criterio de los instructores con dición suficiente para pasar a la siguiente fase.

En la fase 2, se llevaron a cabo 11 sesiones, con una duración promedio de 30 min. cada una. El número de ensayos completados que cubrieron con el criterio de recorrer la distancia de la longitud total de las barras paralelas dos veces consecutivas fue el 100% para todos los ensayos.

En la fase 3 se llevaron a cabo dos sesiones. El número de ensayos correctos fue de 43% y 46% para cada una de las sesiones. Esta fase fue descontinuada ya que el sujeto reportó dificultad en la colocación de las muletas en las señales, porque no había espacio suficiente entre cada muleta y encontraba dificultad en balancearse.

En la fase 4 se llevaron a cabo 4 sesiones, en las que el porcentaje de ensayos correctos fue el siguiente: sesión 1 - 70.75%, sesión 2 - 74.54%, sesión 3 - 86.07%, sesión 4 - 96.41%.

En la fase 5, que constó de 3 sesiones, se obtuvieron los siguientes resultados de ensayos correctos: sesión 1 - 90.36%, sesión 2 - 90.38%, y sesión 3 - 90.30%.

La fase de generalización reportó un 100% de respuestas correctas en todas las sesiones. Se realizaron

8 sesiones de registro.

Discusión.

Más que establecer un repertorio de locomoción, podría decirse que se restableció uno que posee dentro de sus componentes algunos que existían con anterioridad, - esto es, mantenerse erecto y apoyado en este caso sobre un solo miembro. Los nuevos componentes a establecer - fue el apoyo y la oportunidad de desplazamiento que proporcionaron las muletas. Debe notarse que el sujeto poseía la habilidad de permanecer sentado, acostarse y levantarse sin dificultad, por lo cual no fueron necesarios los ejercicios preliminares en la cama.

El criterio en cuanto al número de ensayos llevados a cabo durante una sesión fue establecido por el propio sujeto, ya que mostraba signos de fatiga durante los últimos ensayos, por lo cual se consideraba prudente no forzarlo más. Al respecto algunos fisioterapeutas han considerado que el tiempo mínimo estipulado para permanecer de pie en pacientes que se han mantenido por mucho tiempo acostados o sentados, es de 30 minutos y debe hacerse de manera gradual, ya que el paciente podría sufrir un síncope. (Abramson, 1970)

La fase 3 fue descontinuada después de la segunda -

sesión, ya que si bien se pensó que en esta fase resultaba necesario un apoyo adicional a la ayuda del instructor por medio de la protección dentro de las barras paralelas, se observó que resultó ser una restricción para el sujeto, ya que parecía necesitar desplazar las muletas un poco más hacia los lados para lograr estabilidad y apoyo adecuado en ellas; por otro lado, para el instructor fue necesario también este cambio, ya que tampoco podía desplazarse libremente para proporcionar ayuda al sujeto.

El registro de las respuestas correctas y la retroalimentación proporcionada por la ejecución del sujeto comenzó en la fase 4 debido a que el modelamiento y las instrucciones no resultaron suficientes para obtener un porcentaje elevado de respuestas correctas.

El reducido número de sesiones de la fase 4 (4 sesiones) se debió a la solicitud del sujeto para utilizar las muletas en un espacio mayor, ya que reportaba sentirse capaz de llevar a cabo la tarea y además porque el porcentaje de respuestas correctas mostrado por éste era elevado. (96.41% durante la última sesión)

Para la fase 5 se observó un alto porcentaje de respuestas correctas, ya que la destreza adquirida por el -

sujeto (99% de respuestas correctas), era prueba evidente de la habilidad adquirida en el uso de muletas. A partir de ese día le fueron entregadas estas para que las utilizara en desplazarse hacia cualquier lugar que él deseara.

A partir de la fase 6, se llevaron a cabo registros durante media hora diaria pero sin hacer alusión al sujeto de lo correcto de su ejecución. Además se conversaba con él y se le preguntaba qué problemas encontraba en el uso de las muletas. Una de estas dificultades la constituyó el subir y bajar escalones, para lo cual se llevaron a cabo algunos ensayos en los que se utilizó modelamiento y aproximaciones sucesivas en relación a la altura del escalón. También se le preguntaba que tiempo empleaba las muletas y en qué actividades hacía uso de ellas.

Los reportes del sujeto llevaron a los instructores a la conclusión de que resultaba necesario un entrenamiento específico en generalización de la habilidad para todos los escenarios de la institución, que presentaban alguna dificultad (baño, jardines, pisos mojados). Estos ensayos se llevaron a cabo cada vez que el sujeto reportaba algún problema de ese tipo.

El tiempo promedio de uso fue de media hora en un -

principio y fue incrementándose paulatinamente. Hasta -
el momento las usa un promedio de seis horas diarias, pa
ra diferentes actividades, como ir al comedor, a terapia,
a enfermería, al jardín y salir a la calle.

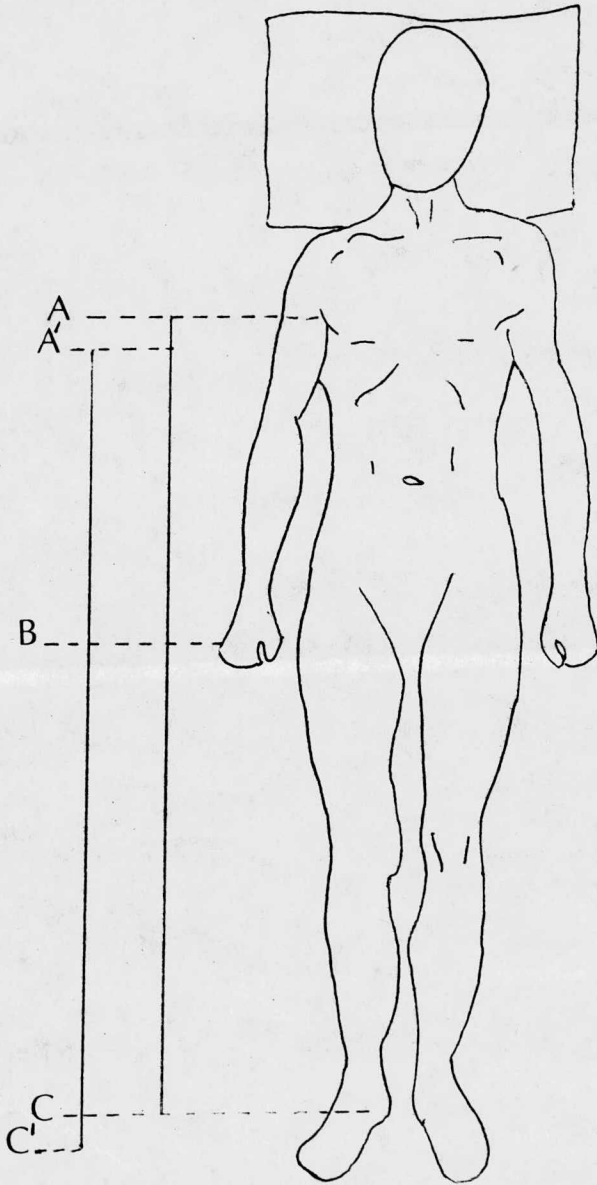


Figura 2: Esquema que indica los puntos de referencia para la medición de las dimensiones de muletas.

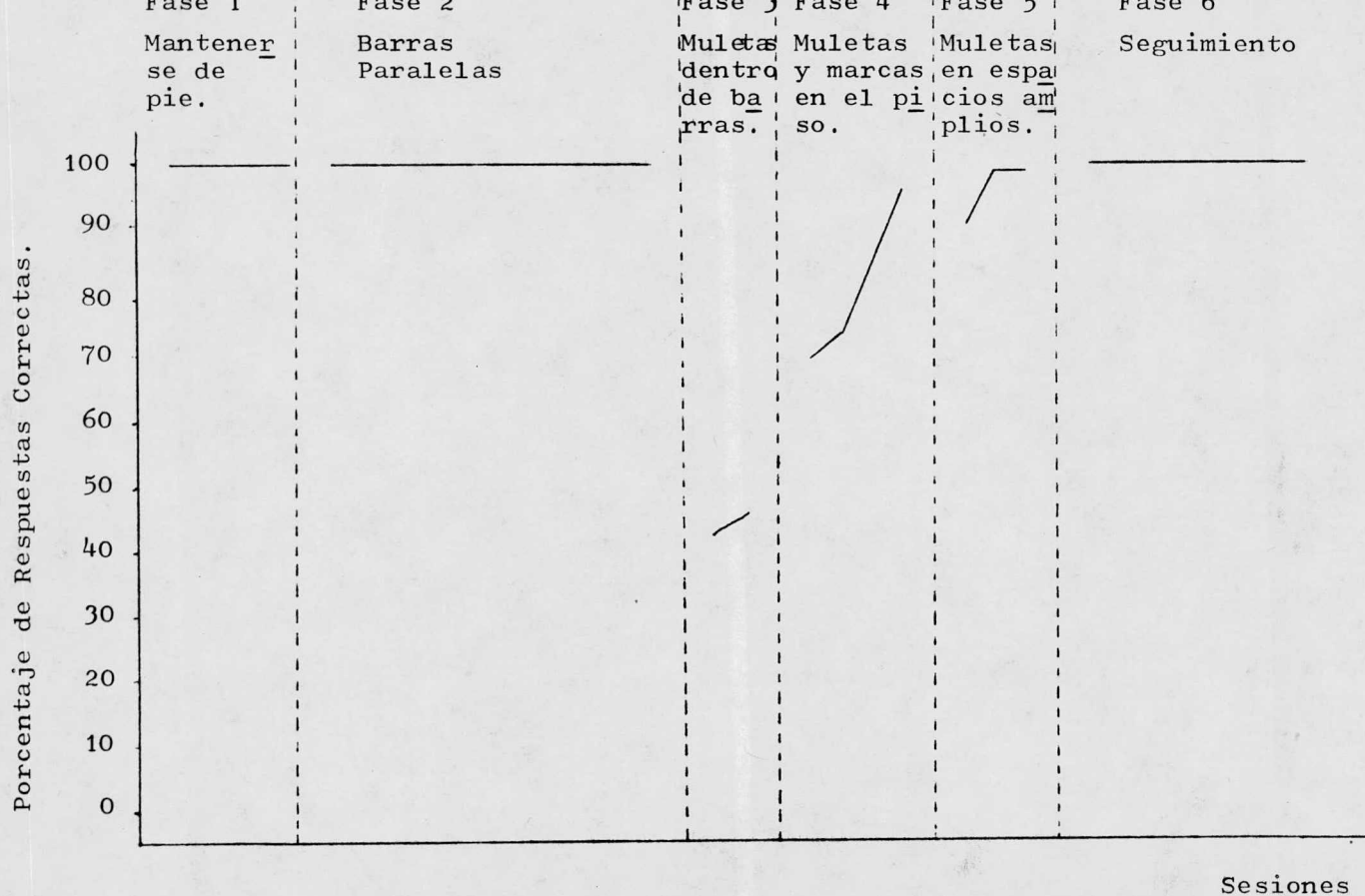


Figura 3: Gráfica de Ejecución de respuestas correctas durante las fases de entrenamiento en el uso de muletas. (Sujeto 1)

Entrenamiento en habilidades ocupacionales y facilitación de interacción social.

Sujetos: 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

Se reportan los datos de los sujetos 1, 2 y 3.

Escenario. Un pasillo de 6 x 20 metros de largo correspondiente al patio de la institución, donde se colocaban tres mesas con ocho sillas, de tal forma que las tres formarían una sola.

Material. Alambre de amarre No. 14 y 16, cuerdas de plástico del mismo grueso en varios colores, pinzas para doblar y cortar, cerillos, cigarros, revistas y dulces.

Registro. De bloques discontinuos de 20 seg. durante 30 minutos (10 segs. de registro y 5 segs. de descanso) diariamente durante las actividades recreativas y laborales programadas para el resto de la población. Un -

registro de productos permanentes.

Fases.

Fase 1. Se registraron las conductas de aislamiento, autoestimulación, exploración visual, proximidad, - contacto visual, verbalizaciones, ayuda, cooperación, - contacto físico y trabajo. Debe notarse que las conductas fueron colocadas en el orden descrito, ya que se suponía existía mayor probabilidad de que se presentaran - agrupadas y esto facilitaría el registro. Se llevaron a cabo 5 sesiones. Las conductas registradas se definen - ron como sigue:

Aislamiento.- Que un sujeto este alejado de otros y se mantenga a cierta distancia física (más de 2 metros). Cuando a pesar de que alguna persona se coloque a 1 metro de distancia del sujeto, este voltee la vista en dirección opuesta, se mantenga ignorante de su presencia - (no verbalización o contacto visual) o se aleje del lugar en cuestión.

Autoestimulación.- Física/verbal.- Toda conducta repetitiva sin estímulo discriminativo o reforzador externo ostensible: a) física: cabecear, rascarse, manismos motores. b) verbal: repetición continua de un mismo sonido y/o verbalizaciones que no se dirigen a al-

gún otro individuo, risa no provocada por algún otro individuo o evento externo.

Exploración visual.- Conducta del sujeto con o sin movimiento de la cabeza, caracterizada porque se fija sobre un aspecto del ambiente, cuando el sujeto manipula - objetos o se encuentra descansando.

Proximidad.- Que el sujeto se acerque a otro o se mantenga a una distancia no mayor de dos metros.

Contacto visual.- Que el sujeto dirija sus ojos hacia el rostro de otra persona.

Verbalizaciones.- Que el sujeto emita sonidos articulados que produzcan un cambio sistemático y consistente en la conducta de otros: palabras, sílabas, vocales - solas, etc. Puede ser iniciada o respondiendo a las verbalizaciones de otro sujeto.

Ayuda.- Conducta en la que el sujeto interactúa - con otro sujeto perdiendo o no reforzadores, implica desplazamiento físico: acercar una silla, dejar el asiento a otra persona, traer material, ayudarle a otro sujeto - a colocar las muletas, etc.

Cooperación.- Actividad en que el reforzamiento depende de la interacción simultánea de 2 ó más sujetos en una locación fija. Se refiere a actividades involucradas en la elaboración de una canasta, por ejemplo: cortar alambre, doblarlo, pegar plástico, tejer.

Contacto físico.- Cualquier conducta del sujeto que lo haga entrar, sin violencias, en contacto con cualquier parte del cuerpo de otro sujeto sin que esta implique daño físico sobre el segundo. Por ejemplo: un apretón de manos, palmadas en la espalda, tomar el brazo o el codo.

Trabajo.- Manipulación del material necesario para construir una canasta siguiendo los pasos correspondientes: cortar, doblar, pegar, tejer, etc. (tomadas y modificadas de Ribes, 1972).

Durante esta fase el entrenador se acercaba a cada uno de los sujetos y les pedía se aproximaran al área de trabajo. Todos los sujetos se negaron sistemáticamente a hacerlo, y argumentaban que no sabían hacer las cosas que estaban programadas o que no les gustaban. No se les hacía ningún comentario más y el entrenador se alejaba para hablar con otros internos.

Poco después se llevó a cabo una plática con cada uno de los sujetos en la que se les preguntaba qué tipo de actividad les gustaría llevar a cabo y qué cosas, por ejemplo alimentos, objetos manipulables, ropa, etc., les gustaría obtener. Con relación a la actividad, todos coincidieron en que les gustaría aprender a tejer canastas. En cuanto al tipo de consecuencias variaron de sujeto a sujeto.

Fase 2. La actividad instruccional llevada a cabo con los sujetos tomó en cuenta los elementos anteriormente descritos que se referían a las variables instruccionales, motivacionales, de material, etc. Los procedimientos utilizados fueron estímulos preparadores en forma de instrucciones o modelamiento, instigación física, reforzamiento social y material. El entrenamiento fue llevado a cabo por dos personas, un interno que dominaba perfectamente el oficio de las canastas y que se mostró interesado en participar (sujeto 5) y uno de los autores. Al primero le fueron dadas instrucciones como las siguientes:

- a) asegurarse de que los sujetos lo estaban atendiendo (mantener contacto visual), antes de comenzar a trabajar.
- b) proceder lentamente en la ejecución de la tarea.



- c) modelar el paso correspondiente acompañado de -
instrucciones simples.
- d) ayudar al sujeto físicamente a realizar la ta -
rea.
- e) alabar las ejecuciones correctas.
- f) no utilizar frases negativas para referirle los
errores a los sujetos, sino más bien corregir -
el error diciendo que se trata de mejorar su -
ejecución.

Los reforzadores se proporcionaban al final de la -
sesión.

Durante la primera sesión, les fueron dadas instrucciones a los sujetos para que se acercaran al área de -
trabajo, si rechazaban seguir la instrucción, el experi-
mentador instigaba físicamente tomándolos del brazo y -
llevándolos al área de trabajo. Sentados ya los sujetos,
el instructor reforzaba socialmente la permanencia de -
los sujetos en el área de trabajo, diciéndoles "qué bue-
no que están aquí, nos da mucho gusto", "qué bueno que -
tienen ganas de aprender", "van a ver que es muy sencii -
llo aprender a hacer canastas".

Posteriormente ya no se utilizaron más que instrucciones para que los sujetos se acercaran a trabajar y en

varias ocasiones ellos mismos buscaban al instructor para comenzar a hacerlo.

Se llevaron a cabo 6 sesiones, con duración de 30 minutos, durante las cuales se siguieron registrando todas las categorías conductuales ya mencionadas. Esta fase se se dió por terminada una vez que todos los sujetos dieron fin exitosamente a su primera canasta y algunos iniciaron otra.

Fase 3. Mantenimiento y cooperación.- Una vez que los sujetos adquirieron una habilidad que puede ser un medio de obtener satisfactores, se buscó un medio que garantizara que el grupo seguiría funcionando, tanto a nivel productivo como social. Durante la fase anterior se observó que algunos sujetos poseían aquellas habilidades que otros no y viceversa, así se planeó proponer una forma de organización que beneficiara a todo el grupo.

Durante esta fase se incluyó a un sujeto más, reportando sus datos de producción. En esta fase se incluyó un registro más, de productos permanentes, del número de canastas terminadas que se llevaba a cabo semanalmente.

Se hizo una reunión con todos los integrantes del grupo, en la que se dió información acerca de:

a) Que existían otros internos que se encuentran haciendo utencilios y que los venden para así ganar dinero que les permite comprar lo que necesiten.

b) Informarles a qué problemas se enfrentaban estos individuos al trabajar solos, por ejemplo: no venden fácilmente, tampoco adquieren material suficiente.

c) Preguntar qué utilidad le darán a la habilidad que han adquirido y cómo solucionarían el problema planteado, y por último, sugerirles alguna forma de organización que podría resolver ese problema. El propósito de estas preguntas fue el instigar respuestas de agrupamiento y cooperación.

En respuesta a esto los internos acordaron formar una asociación "cooperativa" en la que cada miembro tiene a su cargo determinadas tareas y responsabilidades. Todos los miembros eran trabajadores; se asignaron como vendedores y compradores de material a los sujetos 4 y 5. La asignación de estos sujetos estuvo condicionada a sus habilidades. Los vendedores y compradores poseían repertorios locomotrices que no requerían algún tipo de prótesis, tenían buena visión y audición; además conocían la Ciudad de México lo suficiente para localizar fácilmente lugares posibles para vender y lugares para comprar el -

material. En cuanto al manejo del dinero, se acordó que de antemano se fijaría el precio de los productos, dependiendo este de la calidad del trabajo, cantidad de material empleado, etc.; el vendedor tenía un precio mínimo para el producto, cantidad que tendría que entregar al fabricante y del cual se reinvertirá para material cuando menos la mitad para que se continúe trabajando. Se pretende así asegurar los recursos económicos que permitan que se continúe el trabajo.

Es importante anotar que todos estos acuerdos fueron tomados por los sujetos con un mínimo de instigación, en forma de sugerencias que eran discutidas.

Después de la fase organizativa, los sujetos siguieron trabajando reunidos en el patio, pero por factores climáticos (frío intenso) se suspendieron los trabajos y se dividió a los sujetos para trabajar en sus respectivos dormitorios; se hicieron 2 grupos, uno de 4 y otro de 3 personas. Los criterios de agrupación fueron en cuanto al dormitorio y la observación de las habilidades que poseían cada uno de ellos en la confección de canastas durante la fase anterior. La distribución fue la siguiente:

Grupo 1

1

6 7

3

Habilidades:

Sujeto 1. fuerza para cortar alambre, torcerlo con pinzas, buena visión.

Sujeto 6. fuerza para cortar alambre, torcerlo con pinzas, buena visión, trabajo a velocidad mediana y sin errores.

Sujeto 3. trabajo lento y - sin errores, fuerza para torcer - alambre.

Sujeto 7. fuerza para cortar alambre, torcerlo con pinzas, buena

Deficiencias:

trabajo rápido pero - con errores.

poca fuerza para cortar el alambre, mala visión.

visión, trabajo a
 mediana velocidad,
 sin errores.

Grupo 2

2

4

5

Habilidades:

Sujeto 2. fuerza para cortar
 y torcer alambre,
 trabajo lento sin
 errores.

Deficiencias:

visión regular.

Sujeto 4. fuerza para cortar
 y torcer alambre,
 buena visión.

trabajo a mediana ve-
 locidad, con errores.

Sujeto 5. fuerza para cortar
 y torcer alambre,
 buena visión, tra-
 bajo a buena velo-
 cidad y sin erro-
 res.

Los sujetos acordaron reunirse en la forma anteriormente especificada y por intervalos de tiempo mayores a las sesiones de la fase anterior.

Cada semana aproximadamente, se recolectaron las canastas elaboradas por todos los miembros de los grupos y se procedía a su venta y la compra de nuevo material.

Resultados.

Los porcentajes están dados en términos de ocurrencia de la conducta durante los intervalos de observación, tomándose el 100% como la ocurrencia registrada en todos los intervalos de registro.

Sujeto 1. Los datos aparecen en la figura 4 y muestran que en la ejecución durante la fase 1 en la conducta de aislamiento se obtuvo 21%, para la conducta de autoestimulación el 5%, en exploración visual 68%, para proximidad el 76%, en contacto visual 64%, en verbalizaciones 28%, en ayuda, cooperación, contacto físico y trabajo no se presentaron obteniendo 0%.

Durante la fase 2 la conducta de aislamiento obtuvo 0% al igual que autoestimulación, exploración visual 98%, proximidad 100%, en contacto visual 28%, verbalizaciones 20%, ayuda no se presenta, cooperación 3%, contacto fisi

co 2% y trabajo 100%.

Durante la fase 3, se observan 3 categorías conductuales con porcentaje de 100, exploración visual, proximidad y trabajo, en verbalizaciones obtuvo 16.5%, cooperación 8.1%, contacto visual, ayuda, contacto físico, aislamiento, autoestimulación 0%.

Sujeto 2. Durante la fase 1 (ver fig. 5), se presentó la conducta de aislamiento un 82%, autoestimulación 39%, exploración visual 95%, proximidad 16%, contacto visual 16%, verbalizaciones 3%, ayuda 0%, cooperación, contacto físico y trabajo 0%.

En la fase 2 se obtuvieron los siguientes porcentajes: aislamiento 0%, autoestimulación 2%, exploración visual 98%, proximidad 100%, contacto visual 22%, verbalizaciones 12%, ayuda, cooperación y contacto físico 0%, trabajo 100%.

En la fase 3 se obtuvieron los siguientes datos: 100% en exploración visual, proximidad y trabajo. En verbalizaciones 24.7%, contacto visual 8.2%, cooperación 8.2%, no aparecen las conductas de ayuda, aislamiento, autoestimulación y contacto físico 0%.

Sujeto 3. Los datos que aparecen en la figura 6, - muestran los datos de la Fase 1 que son los siguientes: aislamiento 75%, autoestimulación 6%, exploración visual 97%, proximidad 21%, contacto visual 3%, verbalizaciones 5%, ayuda, cooperación, contacto vísico y trabajo no se presentaron 0%.

Para la Fase 2 cuyos datos aparecen en la misma gráfica, se obtuvieron los siguientes porcentajes, aislamiento y autoestimulación 8%, exploración visual 98%, - proximidad 100%, contacto visual 26%, verbalizaciones - 68%, ayuda 3%, cooperación 38%, contacto físico 2% y trabajo 100%.

En la Fase 3, se observa el 100% de enecución en - las categorías de exploración visual, proximidad y trabajo; verbalizaciones, cooperación y ayuda aparecen el 8% todas ellas y no aparece contacto visual, autoestimula - ción, aislamiento y contacto físico.

En la figura 7, se observan los datos de la Fase 3 en el registro de productos permanentes (canastas) para cada uno de los sujetos (del 1 al 7) en cuanto al número de canastas elaboradas durante el intervalo entre una y otra recolección. Como se puede observar, el número - de canastas aumentó por semana: 20, 25 y 31 canastas. El

número de canastas varió para cada sujeto, el rango fue entre 5 y 21 con una media de 10.85.

Conclusiones y Discusión.

Para el sujeto 1 puede apreciarse que si bien este presenta conductas apropiadas en alto porcentaje (proximidad, contacto visual, verbalizaciones), también se observa la presencia de algunas indeseadas como aislamiento y autoestimulación y la conducta de trabajo, que es uno de los objetivos primordiales de este estudio, no se presentaba.

Así pues, se observa que durante la fase 2 desaparecen aquellas conductas indeseadas y en cambio aparece la conducta de trabajo a su nivel más elevado posible y en escala pequeña pero deseable, surge cooperación y contacto físico. También puede observarse que una categoría conductual deseada como el contacto visual disminuye, pero esto es atribuible a las características de la tarea realizada. La aparición de la proximidad física a un nivel del 98% puede considerarse un elemento indispensable para poder llevar a cabo una tarea grupal.

Parece ser que encontrarse en una actividad que requiere la proximidad física y la involucración manual -

con el material es incompatible con la aparición de conductas tales como aislamiento y autoestimulación.

En los datos de la fase 1 del sujeto 2, se aprecia un alto porcentaje de conductas indeseadas como el aislamiento y la autoestimulación; en cuanto a conductas de - seadas, su aparición es en un porcentaje bastante bajo - (16% en proximidad y contacto visual) y otras no aparecen.

La introducción del sujeto a la fase 2, muestra una repercusión efectiva y deseable en cuanto a la aparición de conductas de proximidad y trabajo (100%); es importante también, la desaparición de conductas indeseadas como aislamiento y autoestimulación. Esto nuevamente es consistente con la suposición de que el trabajo constituye una actividad importante que impide la aparición de conductas indeseadas.

En los datos de la fase 1 del sujeto 3, se encuentra un alto índice de aislamiento; la presencia aunque a un bajo nivel de autoestimulación al igual que proximidad (21%), observándose además que la conducta de trabajo no aparece.

Durante la fase 2, se observa un incremento notable

en conductas de proximidad, contacto visual, verbalizaciones, trabajo y cooperación. Es de notarse que en este sujeto la conducta de cooperación apareció a un nivel más alto en comparación con los demás sujetos. Se ratifica la ausencia de conductas indeseables y aparición de incompatibles.

Un punto importante a observar es que la conducta de proximidad se daba en todos los sujetos en otro escenario, antes de comenzar el programa, en este caso el jardín y no se acercaron en ninguna ocasión al área de trabajo.

Se asume que la actividad se convirtió en autoreforzante en el momento en que los sujetos buscaban al entrenador para trabajar y pedían que se alargaran estos períodos para así poder avanzar más aprisa.

Es importante anotar que al trabajar con ancianos es fundamental llevar a cabo una exploración de sus gustos y preferencias acerca de eventos reforzantes, así como el administrar reforzamiento social constante y contingente a cada actividad y verbalización de optimismo que emita el individuo. Es muy común entre esta población que se presenten constantemente verbalizaciones de derrota, autodevaluadoras y de impotencia que significan

que es un ser inútil que no puede valerse por sí mismo. Esta cadena es necesario romperla y darle oportunidad de que vuelva a reasumir una posición autosuficiente, creativa y productiva que lo saque de su rutina, ensimismamiento y depresión cotidiana.

En cuanto a las variables instruccionales puede decirse que el uso del modelamiento acompañado de instrucciones, la instigación verbal y física resultaron ser efectivos para que se adquiriera la habilidad deseada. Algunos sujetos requirieron más atención que otros, pero en general, resultó sencillo para los sujetos adquirir una nueva habilidad que constantemente fue acompañada de verbalizaciones de admiración acerca de su capacidad, de sonrisas y bromas.

Según lo corroboran los datos, puede afirmarse que algunos objetivos del presente trabajo se cumplieron, ya que los sujetos se mantuvieron reunidos (proximidad) durante una actividad productiva (trabajo), es decir, propiciar por medio de la actividad grupal la interacción social y la adaptación al lugar (institución), a través de su participación en actividades concretas.

Se observa además, que otros repertorios sociales adecuados se mantuvieron aunque su nivel sea bajo. Un

caso especialmente importante es la conducta de cooperación que, si se compara con los datos de la fase 1, puede notarse que en los 3 sujetos apareció de una manera más consistente; quizá esto puede atribuirse a la colocación de los sujetos durante las sesiones de trabajo. Aún cuando el porcentaje de ocurrencia de verbalizaciones y contacto visual es bajo en comparación con la fase anterior, esto se debe a las características de la tarea, para la cual estas son incompatibles, sin embargo, este aspecto no es indeseable.

La distribución de la actividad juega un papel importante, ya que ésta implica interacción entre los sujetos y podría afirmarse que la proximidad es una condición necesaria y una respuesta mínima efectiva, que permite se restablezcan repertorios sociales, entendiéndose por esto, aquellos que permiten al individuo interactuar con otros de tal forma que de esta interacción surjan consecuencias reforzantes.

La venta de las canastas permite que se cumpla otro de los objetivos, propiciar una fuente de autoreforzamiento por medio de una actividad productiva; así como el de mantener e incrementar las situaciones de interacción social.

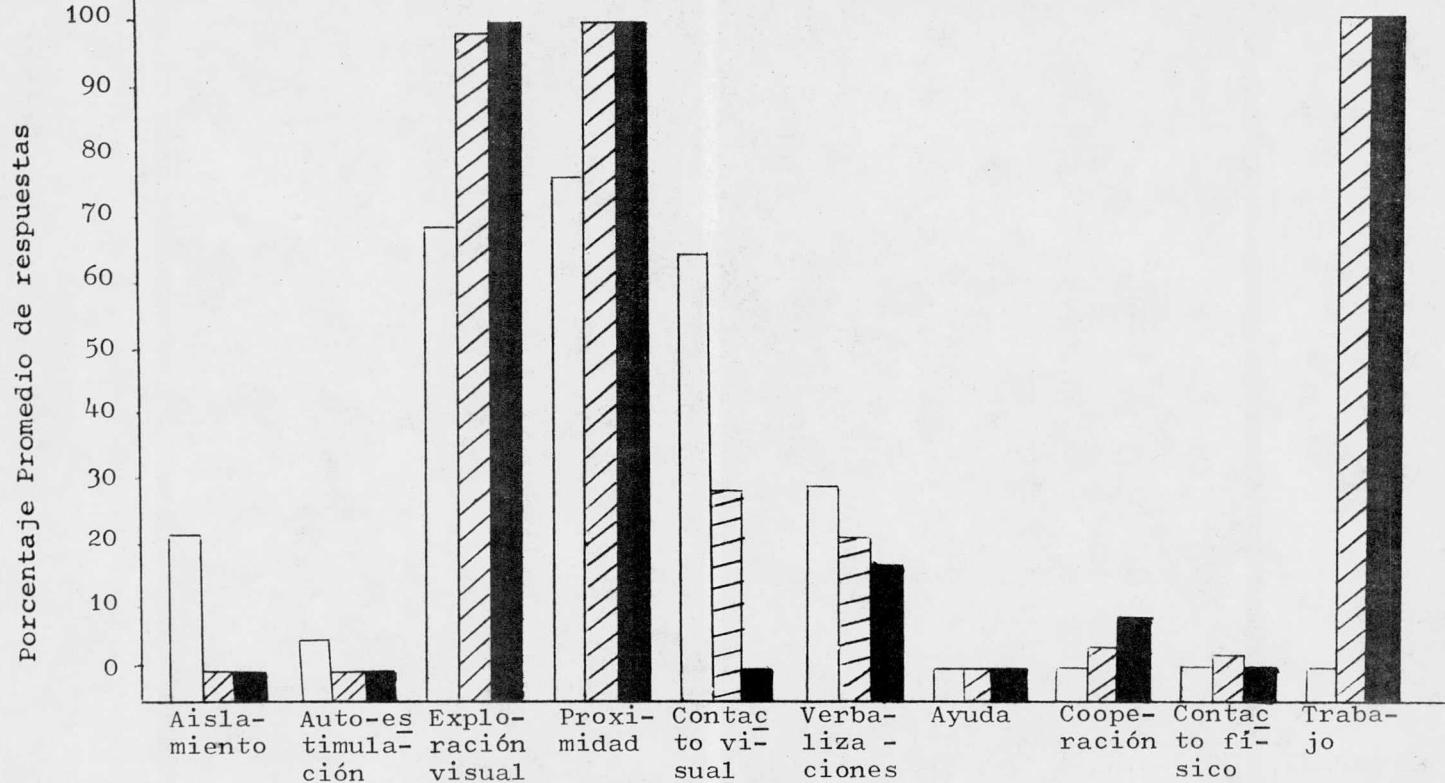


Figura 4: Gráfica que muestra el porcentaje global de ocurrencia de cada una de las respuestas registradas para las tres fases de entrenamiento en habilidades laborales y facilitación de la interacción social. (sujeto 1)

- Fase 1
- ▨ Fase 2
- Fase 3

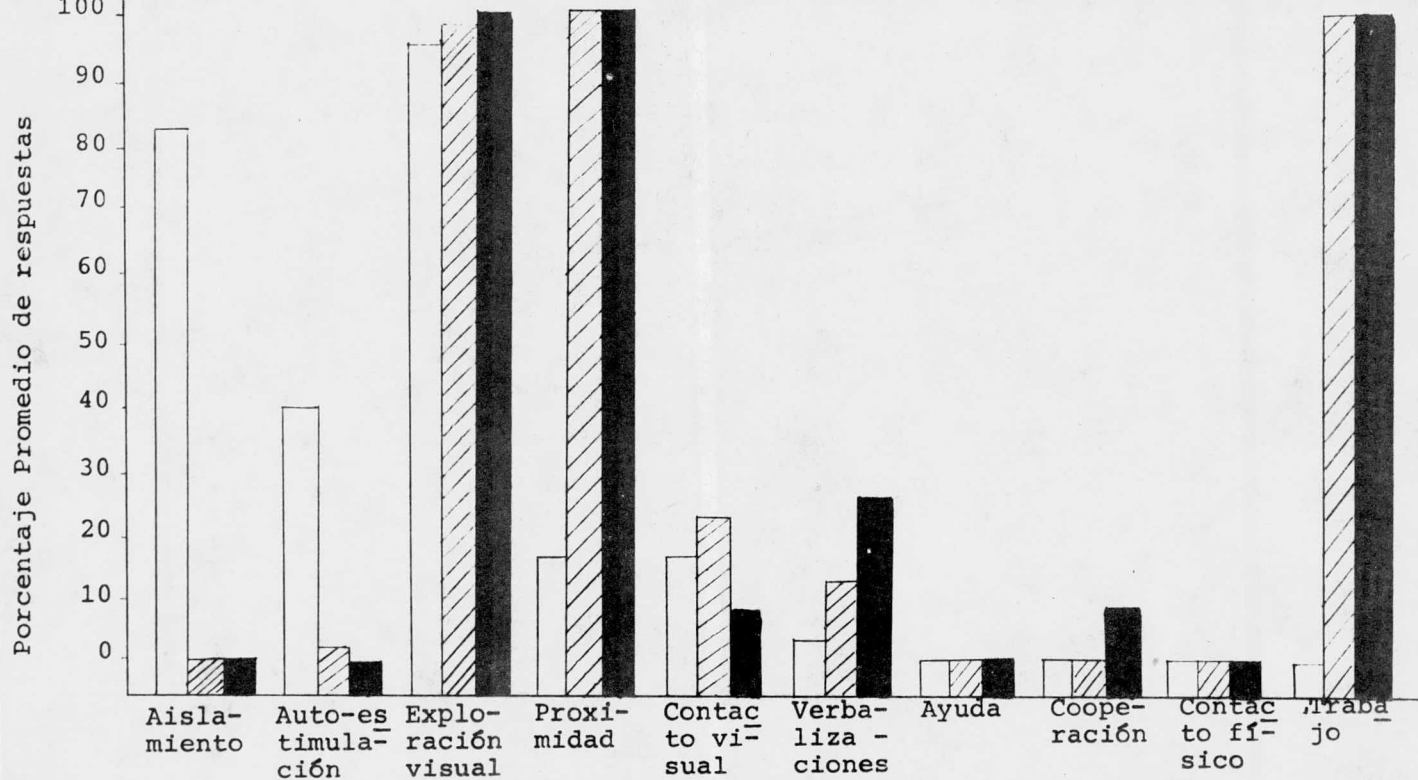


Figura 5: Gráfica que muestra el porcentaje global de ocurrencia de cada una de las respuestas registradas para las tres fases de entrenamiento en habilidades laborales y facilitación de la interacción social. (sujeto 2)

- Fase 1
- ▨ Fase 2
- Fase 3

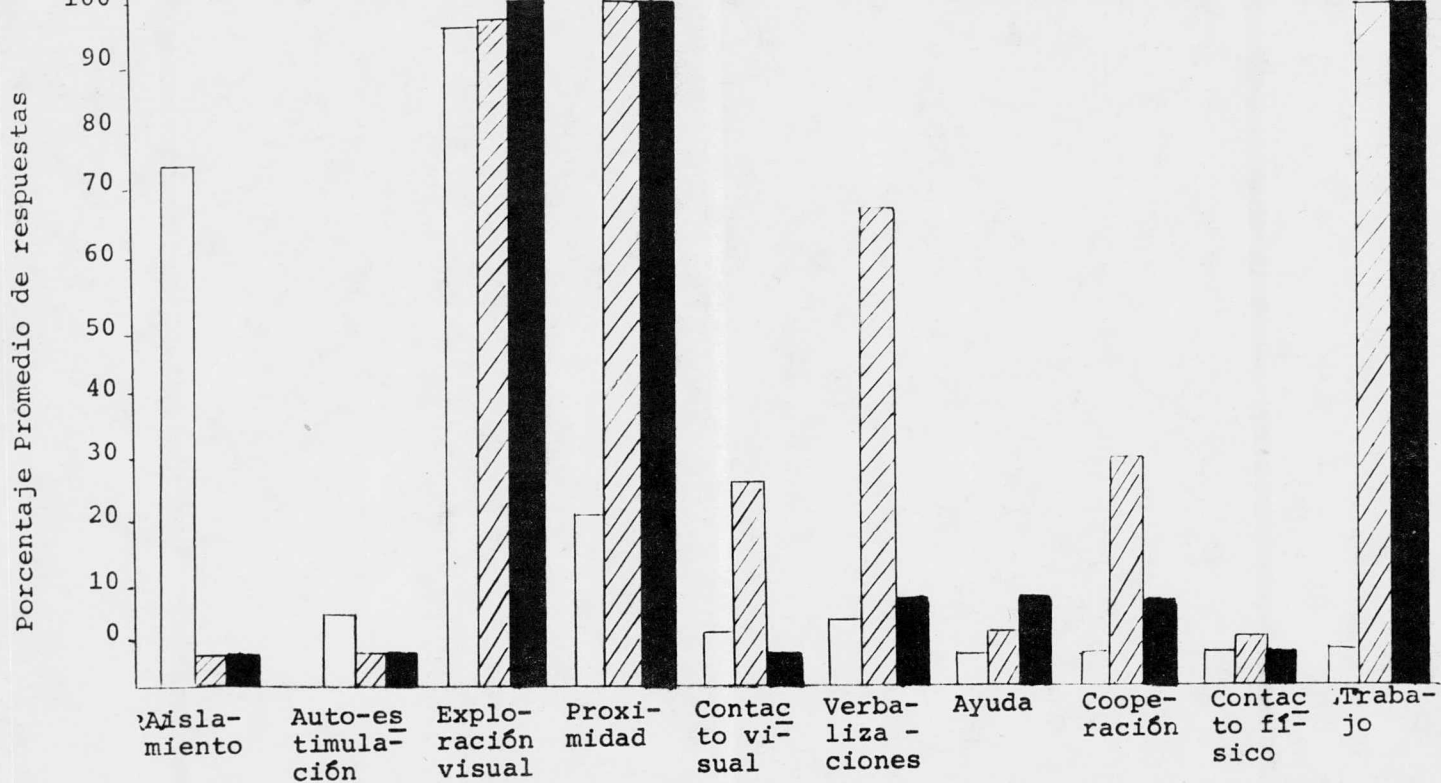
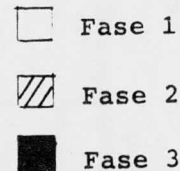


Figura 6: Gráfica que muestra el porcentaje global de ocurrencia de cada una de las respuestas registradas para las tres fases de entrenamiento en habilidades laborales y facilitación de interacción social. (sujeto 3)



suje- tos semanas	1	2	3	TOTAL
1	4	3	6	13
2	2	3	4	9
3	1	2	2	5
4	2	3	5	10
5	6	8	7	21
6	3	2	4	9
7	2	4	3	9
TOTAL	20	25	31	76

Figura 7: Tabla de datos de producción de canastas, que indica el número para cada uno de los 7 sujetos durante 3 semanas, totales globales por semana y por sujeto.

V. CONSIDERACIONES GENERALES
Y CONCLUSIONES.

La vejez como fenómeno natural y cada vez más creciente en la actualidad, crea la necesidad de una documentación adecuada acerca de ella y la generación de investigaciones apropiadas que se encaminan hacia el arreglo eficiente de las condiciones de vida del individuo viejo, y en particular del que vive en las instituciones.

En relación al aspecto de documentación, es claro que la mayoría de los investigadores, ya sea en el área de la salud o en el área de las ciencias sociales, son los que más interesados se encuentran acerca de los fenómenos que trae consigo la vejez. En cambio, parece que no puede decirse lo mismo del psicólogo, ya que es poca la investigación encaminada hacia el control de las variables que determinan ciertas pautas de comportamiento típico en el viejo. Resulta muy importante que este profesional conozca acerca de los problemas del viejo, porque el trato adecuado que tendrá que proporcionarle en el futuro sólo tendrá bases firmes cuando conozca ampliamente el problema. De tal manera, el psicólogo tendrá la necesidad de documentarse adecuadamente acerca de la información que han proporcionado otras áreas de conocimiento que han tenido como objeto al hombre viejo. Así poste -

riormente, el psicólogo tendrá que identificar y analizar esta problemática desde su área particular de estudio, pues es claro que también el nivel de análisis de la psicología del comportamiento tiene mucho que aportar al estudio de la vejez, que como cualquier otro fenómeno está determinado por varios factores.

De esta forma, se espera que el presente trabajo halla ofrecido en primer lugar una panorámica general de la problemática del anciano que resulte de utilidad para aquellos lectores interesados en ello. No se pretendió ser exhaustivo sino más bien representar someramente algunas de las más importantes teorías de la vejez y algunos de los efectos sociales que se desencadenan cuando un individuo rebasa cierta edad y sus fuerzas comienzan a disminuir.

Una de las formas iniciales de abordar cualquier fenómeno conductual puede ser el estudio de caso, ya que por su naturaleza exploratoria, su propósito primordial es descubrir y generar hipótesis. Este puede también servir para "refinar procedimientos y fortalecer hipótesis concernientes a técnicas y parámetros promisorios... puede servir como un paso inicial en la expansión de los límites de aplicación de técnicas a través de clases de variables, y desarrollar hipótesis concernientes a la in

fluencia de diferentes parámetros de variables que podrían incrementar o limitar la efectividad del tratamiento". (Paul, 1969 pp 60)

De los aspectos mencionados, se puede considerar que el desarrollo de un trabajo de tal índole realmente ofrece muchas posibilidades para que la investigación futura tenga algunos puntos de referencia de los cuales partir. Algunos datos reportados a través del presente estudio, pueden cubrir esa función; antes de mencionar estos, es importante hacer notar algo con respecto a los resultados obtenidos. En cuanto al criterio de lograr que un individuo anciano se reintegrara a la comunidad institucional, se obtuvieron resultados positivos. Por una parte, en el aspecto de la secuenciación de los repertorios conductuales a restablecer parece ser que se permitió que un individuo que adquiriese un repertorio de locomoción ampliara su rango de estimulación física y social, para después incrementarse cuando se integró a un grupo de individuos que trabajaban, y por último, mantener este efecto a través de la estructuración de una situación en que se generaban altas tasas de conducta cooperativa.

Un aspecto importante de la situación de trabajo es que efectivamente se logró la reducción de conductas in-

deseadas (aislamiento y autoestimulación), que competían con el establecimiento de una interacción social positiva. Esta consecuencia por sí misma es de gran valor, ya que, disminuye la probabilidad de que se presenten conductas indeseadas más severas, o que se llegara a presentar un cuadro típico de depresión. También durante la situación de trabajo, algunas conductas que se consideraron - positivas disminuyen su frecuencia durante esta; este efecto no es indeseable, porque estas son incompatibles con las conductas necesarias para la realización de la - tarea; estas fueron básicamente contacto visual y verbalizaciones. Otras conductas deseables, si se incrementaron, tal es el caso de los repertorios complejos de interacción, como la cooperación en grupo y la conducta de - trabajo.

Un aspecto importante derivado posteriormente, fue que algunos individuos lograran ser auto-suficientes y - abandonar la institución. Este es el caso de los sujetos 1 y 3.

La utilización de un paquete de variables como: reforzamiento positivo primario y secundario, retroalimentación y secuenciación de la tarea, instrucciones, instigación física y modelamiento, permitieron que se logran los resultados ya descritos. Este tipo de aproxima-

ción a la solución de problemas, es típico de la psicología aplicada, la cual utiliza un conjunto de principios de aprendizaje comunes, explícitos y sistemáticos para lograr metas pre-determinadas y bien definidas, permitiendo esto lograr resultados alentadores en el campo de la conducta humana en escenarios naturales, a la vez que cubre los propósitos eminentemente prácticos de la psicología aplicada.

Algunas de las dificultades metodológicas encontradas, se derivan del empleo del estudio de caso. Una de ellas es la imposibilidad de la evaluación estricta de las variables efectivas en el cambio conductual logrado. La heterogeneidad de repertorios y problemas que presentan los individuos institucionalizados no permiten que los procedimientos sean homogéneos, tanto en su selección como implementación; por ende los resultados serán variados y las intervenciones que se trataran de realizar probablemente encontrarán resultados diversos.

La duración de las sesiones de trabajo es otro problema a considerar, debido a que en el anciano en particular, es difícil establecer de antemano criterios temporales de ejecución.

Las consideraciones anteriores abren la posibilidad

de efectuar estudios controlados que permitan superar - las deficiencias metodológicas más comunes que se observan durante el estudio de caso. La evaluación detallada de variables como las instruccionales, motivacionales, - de secuenciación, la planeación de prótesis adecuadas a las deficiencias del anciano, el tipo de eventos reforzantes, las características físicas del escenario como: tamaño de los muebles, su distribución, material, iluminación, etc., son algunas de las áreas tentativas de investigación.

No debe olvidarse, que también existen otro tipo de variables que afectan y determinan el carácter de la investigación en escenarios aplicados, algunas de estas - son: la política de la institución, la disposición y expectativas del personal y el presupuesto asignado a la - institución entre otras.

En la situación particular en la que se desarrolló el presente trabajo, tanto la deficiencia de los recursos económicos y de personal, así como la problemática - del anciano institucionalizado, hacen que el profesional recurra a las herramientas de que dispone: un espacio de trabajo, instrumentos rudimentarios, material para actividades, recompensas, etc., esto condiciona una forma - particular de trabajo y que de esta forma tenga propósi-

tos terapéuticos más que experimentales.

Al respecto de la política de la institución, un aspecto que debería enfatizarse en ella, es el cambiar sus objetivos con los internos, esto es, no "almacenarlos" - sino de alguna manera promover su auto-suficiencia. Es claro que no con todos los individuos podría aspirarse a cumplir este objetivo pero si con un sector considerable de la población de la institución.

Una forma de promover la autosuficiencia podría ser, en primer término, no desvincular al anciano de los aspectos productivos, ya que esto constituye una fuente de satisfacción tanto personal como para las autoridades; - esto puede enmarcar un área de investigación en relación a la forma de programación del manejo de las deficiencias conductuales propias de la edad.

De la información obtenida a través del estudio de caso, puede deducirse que el anciano es un individuo capaz dentro de sus limitaciones, de alterar el medio, de valerse por sí mismo, de aprender, de superarse y por lo tanto no resulta inútil, como muchas personas lo creen, cualquier esfuerzo que se les dirija para dignificar sus últimos años.

A P E N D I C E .

Para concluir es importante mencionar la postura de algunos autores (Cardona, 1978; Beauvoir, 1970), sobre la complejidad del problema de la vejez. Estas posturas contemplan que el problema de la vejez no sólo es a nivel biológico, sino que entraña factores como la condición social, cultural, económica, política, etc. de esta forma los efectos psicológicos se ven condicionados por todos ellos.

Beauvoir, 1970: "La vejez no es una conclusión necesaria de la existencia humana. No representa siquiera, como el cuerpo, lo que Sartre ha llamado la "necesidad de nuestra contingencia". Muchos son los animales que mueren después de haberse reproducido, sin pasar por un estado degenerativo. Sin embargo, es una verdad empírica y universal que a partir de cierto número de años, el organismo humano sufre una involución. El proceso es ineluctable. Al cabo de un tiempo acarrea una reducción de las actividades del individuo; a menudo, una disminución de sus facultades mentales y un cambio de su actitud con respecto al mundo.

Más que la muerte es la vejez lo que hay que oponer a la vida. Esta es su parodia. La muerte transforma la

vida en destino; en cierta manera la salva confiriéndole la dimensión de lo absoluto.

La moral predica la aceptación serena de los males que la ciencia y la técnica no pueden suprimir: el dolor, la enfermedad y la vejez. Soportar valientemente ese estado que nos disminuye, sería una manera de engrandecernos. A falta de otros proyectos, un hombre de edad podría comprometerse en este. Pero es jugar con las palabras; los proyectos sólo conciernen a nuestras actividades. Crecer, madurar, envejecer, morir: el paso del tiempo es una fatalidad.

Para que la vejez no sea una parodia ridícula de nuestra existencia anterior, no hay más que una solución, y es seguir persiguiendo fines que den un sentido a nuestra vida: dedicación a individuos necesitados, colectividades, trabajo social, político, intelectual y creador.

Contrariamente a lo que aconsejan los moralistas lo deseable es conservar a una edad avanzada pasiones lo bastante fuertes como para que nos eviten volvernos sobre nosotros mismos. La vida conserva valor mientras se da valor a la de los otros a través del amor, la amistad, el respeto y la comprensión. Entonces siguen habiendo razones de obrar o de hablar. Muchas veces se aconseja

a las gentes que "se preparen" para la vejez. Pero si solo se trata de economizar dinero, elegir el lugar donde se va a vivir después de la jubilación, prepararse - hobbies, llegado el momento no se habrá adelantado nada. Vale más no pensar demasiado en ella pero vivir una vida de hombre lo bastante comprometida, lo bastante justificada como para seguir apegado incluso cuando se han perdido todas las ilusiones y se ha enfriado la energía vital.

¿En qué medida la sociedad es responsable? La edad en que comienza la decadencia senil siempre ha dependido de la clase a la que se pertenece. En la vejez los - explotados están condenados, si no a la miseria, por lo menos a una gran pobreza, a alojamientos incómodos, a la soledad, lo que les produce un sentimiento de decadencia y una ansiedad generalizada. Se hundan en un embotamiento que repercute en el organismo; incluso las enfermedades mentales que los afectan son en gran parte producto del sistema.

Por eso, todos los remedios que se proponen para paliar la angustia de los viejos son irrisorios; ninguno - de ellos puede reparar la destrucción sistemática de que han sido víctimas esos hombres durante toda su existencia. Aunque se los cuide, no se les devolverá la salud;

si se les construyen residencias decentes no se les inventará la cultura, los intereses y las responsabilidades que darían sentido a sus vidas.

No digo que sea totalmente inútil mejorar, en el presente, su condición, pero eso no dá ninguna solución al verdadero problema de la edad postrera: ¿Qué debería ser una sociedad para que en su vejez un hombre sigiendo un hombre?

La respuesta es sencilla: sería necesario que siempre hubiese sido tratado como un hombre.

La vejez denuncia el fracaso de toda nuestra civilización. Lo que hay que rehacer es el hombre entero, hay que recrear todas las relaciones entre los hombres si se quiere que la condición del anciano sea aceptable. Un hombre no debería llegar al final de su vida con las manos vacías y solitario. Si la cultura no fuera un saber inerte, adquirido y luego olvidado, si fuera práctico y viviente, si gracias a ese saber el individuo tuviera su medio un poder que se realizara y renovara en el curso de los años, a toda edad sería un ciudadano activo y útil. Si no estuviera atomizado desde la infancia, encerrado y aislado entre otros átomos, si participara de una vida colectiva tan cotidiana y esencial como su pro-

pia vida, jamás conocería el exilio. En ninguna parte, en ninguna época, se han realizado esas condiciones. Los países socialistas se acercan a ellas un poco más que los capitalistas, pero aún están muy lejos.

En la sociedad ideal que acabo de evocar se puede soñar con que la vejez no existiría por así decirlo. Como ocurre en ciertos casos privilegiados, el individuo, secretamente debilitado por la edad pero no disminuido - en apariencia, tendría un día una enfermedad a la que no podría resistir, y moriría sin haber sufrido degradación. La edad postrera se conformaría realmente a la definición que dan ciertos ideólogos burgueses: un momento de la existencia diferente de la juventud o de la madurez, pero con su equilibrio propio y que deja abierto al individuo una amplia gama de posibilidades.

Estamos muy lejos de eso. La sociedad solo se preocupa del individuo en la medida en que produce. Los jóvenes lo saben. Su ansiedad en el momento en que abordan la vida social es simétrica a la angustia de los viejos en el momento en que quedan excluidos. Entre tanto, la rutina enmascara los problemas. El joven teme a esa máquina que va a atraparlo, trata a veces de defenderse a pedradas; el viejo, rechazado por ella, agotado, desnudo, no tiene más que ojos para llorar. Entre los dos la

máquina gira, trituradora de hombres que se dejan triturar porque no imaginan siquiera que puedan escapar. - Cuando se ha comprendido lo que es la condición de los viejos no es posible conformarse con reclamar una "política de la vejez" más generosa, un aumento de las pensiones, alojamientos sanos, ocios organizados. Todo el sistema es lo que está en juego y la reivindicación no puede ser sino radical: cambiar la vida." (pp 596-601)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. ABRAHAM, J.T. Revista Tribuna Médica. México, Marzo 1978.
2. ABRAMS, S.L. Transferable tokens: Increasing social interaction in a token economy. Psychological Reports, 1974, 35, 447-452. Citado en:
HERSEN, M. & BELLACK, A.S. Behavior therapy in the psychiatric setting. Baltimore, The Williams & Wilkins Company, 1978.
3. ABRAMSON, A.S. Ejercicios para la paraplejia. Capítulo 28 del libro de: Licht, S. Terapéutica para el ejercicio. Barcelona, Salvat Editores, 1970.
4. ALTMAN, K. Effects of cooperative response acquisition on social behavior during free-play. Journal of Experimental Child Psychology, 12, 387-395. 1971.
5. ATTHOWE, J.M. & KRASNER, L. Preliminary report on the application of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "Chronic" psychiatric mard. Journal of Abnormal Psychology, 1968, 73, 37-43. Citado en:
STAHL, J.R. & LEITENBERG, H. Behavioral treatment -

of the chronic Mental Hospital Patient. Cap. 8 del -
libro de Leitenberg, H. (Ed.) Handbook of Behavior -
Modification and Behavior Therapy. New York, Prenti-
ce Hall, 1976.

6. AZRIN, N.H. & LINDSLEY, O.R. El reforzamiento de la cooperación entre los niños. En Bijou, S.W. & Baer, D.M. Psicología del Desarrollo Infantil. Vol. 2 - México, Ed. Trillas, 1975.
7. AZRIN, N.H. A Strategy for Applied Research. American Psychologist. 1977, 140-149.
8. BARKIN, S. Retraining and Job Redesign. Positive - approach to the continued employment of older per- - sons. Citado en:
SHEPPARD, H.L. (Ed.) Towards of Industrial Geronto-
logy. Cambridge, Mass. Schenkam Publishing Co. pág.
24. 1970.
9. BARROWS: Citado en Oriol, Anquera y Sellares. Cómo envejecemos y porqué morimos. México, Editorial Dia-
na, 1974.
10. BEAUVOIR, S. La Vejez. Buenos Aires. Edit. Sudame-
ricana, 1970.

11. BETANCOURT, S.A. La Asistencia Social del Anciano. Primer Congreso Mexicano de Salud Pública. Sección de Asistencia médico-social, 1960.
12. BIZE, P.R. & VALLIER, C. La Tercera Edad. Bilbao, Ediciones Mensajero, Colección Psicología Moderna, - 1973.
13. BOCKHOVEN, J.S. Moral treatment in American psychiatry. Citado en:
STAHL, J.R. & LEITENBERG, H. Op. Cit.
14. BRIGHT - citado en Bize, P. y Vallier, C. La Tercera Edad. Bilbao, Ediciones Mensajero, Colección Psicología Moderna, 1973.
15. CARDONA, R. La Vejez. Periódico "El Tiempo". Año 68, # 23 342, 25 de junio de 1978, Suplemento Dominical, Pág. 16. Bogotá, Colombia.
16. COHEN, D.J. Pepito y sus compañeros: Análisis experimental del mundo social de un niño. En: Ulrich, R., Stachnik, T. y Mabry, J. Control de la Conducta Humana. Vol. 1 México. Edit. Trillas, 1972.
17. CUMMING, E. Further thoughts on the theory of disen

gagement. Citado en:

- LINDSLEY, O.R. "El uso de prótesis conductuales en geriatría". (1964) En: Ulrich, R., Stanchnik, T. & Mabry, J. Control de la Conducta Humana, Vol. 1 - México, Ed. Trillas, 1972.
18. Departamento del Distrito Federal. Folleto 1976. R
19. DOKE, L. & RISLEY, T. Planning dimentions in group care programs. Citado en: Soni y Caudillo. El diseño de un medio ambiente geriátrico: análisis experimental de cuatro procedimientos motivacionales. - Tesis de Licenciatura, México, Univ. Anáhuac, 1976.
20. DOMINGUEZ, T.B. Rehabilitación Integral. Una alternativa a la institucionalización para la readaptación a la comunidad. Revista Zero en Conducta, 1972, # 4. 43-53. R
21. DOMINGUEZ, T.B. Contingencias Aplicables en el control de Grupos Institucionalizados. Psicología, Nov. Dic. 1976, # 11, 16-24. R
22. EISLER, R.M., BLANCHARD, E.B., FITTS, H. & WILLIAMS, J.G. Social Skill training with an without modeling for schizophrenic and non-psychotic hospitalized psy

chiatric patients. Behavior Modification, 1978, 2, # 2 147-172. 12

23. FICHER & BIRREN. Citado en: Bize y Vallier. La Tercera Edad Op. cit.
24. GEIST, H. Psicología y Psicopatología del envejecimiento. Buenos Aires, Edit. Paidós, 1977. pág. 31.
25. GELFAND, D.M., HARTMAN, D.P., CROMER, C.C., SMITH, - C.L. & PAGE, B. The effects of instructional prompts and praise on childrens donation rates. Child Development, 1975, 46, 980-983. R
26. GOFFMAN, E. Internados. Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu - Editores, 1961.
27. GUILLERME, J. La Longevidad. Buenos Aires. Ed. Eudeba, 1962.
28. GUTIERREZ, A. La Vejez. Periódico "El Tiempo". Año 68, # 23 342, 25 de junio de 1978. Suplemento Dominical, pág. 16. Bogotá, Colombia.
29. HART, B.M., REYNOLDS, N.J., BAER, D.M., BROWLEY, E.

- R., & HARRIS, F.R. The effects of contingent and non-contingent social reinforcement on the cooperative play of a preschool child. Journal of Applied Behavior Analysis, 1968, 1, 73-76. R
30. HARTMAN, D.P., GELFAND, D.M., SMITH, C.L., PAUL, S.C. CROMER, C.C., PAGE, B.C. & LEBENTA, D.V. Factors affecting the acquisition and elimination of childrens donating behavior. Journal of Experimental Child Psychology, 21, 328-338, 1976. R
31. HERSEN, M., EISLAR, R.M., MILLER, P.M., JOHNSON, M.B. & PINKSON, S.G. Effects of practice, instruction and modeling on components of assertive behavior. Behaviour Research and Therapy. 1973, 11, (4), 443 - 451. Citado en:
 DAWLEY, H.H. y WINRICH, W.W. Achieving assertive behavior. A guide to assertive training. Monterrey, Brooks/Cole Publishing Co. 1976. R
32. HINGTEN, J.N. & TROST, F.C. El moldeamiento de respuestas cooperativas en la esquizofrenia precoz infantil. En Ulrich, R., Stachnik, T. & Mobry, J. Control de la Conducta Humana, Vol. 1. México, Ed. Trillas, 1972. R

33. HORNER, R.D. Establishing the use of crutches by a mentally retarded sprina bifida child. Journal of Applied Behavior Analysis. 1972, 4, # 3, 183-190. R
34. KANTOR, D., & GELINEU, U. Social processes in support of chronic deviance. International Journal of Social Psychiatry, 1965, 11, 280-289. Citado en: R
STAHL, J.R. & LEITENBERG. Op. Cit.
35. KASTENBAUM, R. Is old age the end of development? - En R. Kastenbaum (Dir), New thoughts on old age. Nueva York: Springer, 1964, págs. 61-71. Citado en:
LINDSLEY, U.R. "El uso de prótesis conductuales en geriatría" (1964) Op. Cit.
36. KELLER, P.S. & SHOENFELD, W.N. Principles on Psychology. Nueva York: Appleton-Century-tropst., 1950.
37. LINDSLEY, O.R. El uso de Prótesis conductuales en Geriatría. (1964). En: Ulrich, R., Stachnik, T. & Mobry, J. Control de la Conducta Humana. Vol. 1. - México, Edit. Trillas, 1972.
38. LITWIN, G.H. Achievement Motivation and the Older Worker, en: Sheppard, H.L. (Ed). Op. Cit.

39. MARTINEZ, Z.G. La Gerontogenia en México. Revista Naturaleza. Vol. 8, # 4, 1977, págs. 235-246. R
40. MATSON, J.L. & STEPHENS, R.M. Increasing Appropriate Behavior of Explosive Chronic Psychiatric Patients - with a Social Skills Training package. Behavior Modification, 1978, 2, # 1, 61-76.
41. MILES, citado en Bize, P. y Vallier, C. La Tercera Edad. Op. Cit.
42. NITSCHKE & WILLIAMS. The History of Prision psychosis. Citado en Goffman. Op. Cit.
43. OBRIEN, F., AZRIN, N.H. & HERSON, K. Increased Communications of Chronic Mental Patients by reinforcement and by response priming. Journal of Applied Behavior Analysis. 1969, 2, 23-29. R
44. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Problemas de la Salud Mental del Envejecimiento y de la Vejez. Buenos Aires, Ed. Humanitas, # 10, 1959.
45. PATTERSON, G.R. & REID, J.B. Reciprocity and coercion. Two facets of social systems. En: Neuringer, R C. & Michael, J.L. (Editores). Behavior Modification

- in Clinical Psychology. New York: Appleton-Century-Crofts, 1970, 133-177.
46. PAYNO DR. citado en: González Gómez H. Una llamada a Tiempo. El problema de los mexicanos viejos. Periódico El Heraldo de México. México D.F. Año XIII, # 4592, 11 de agosto, 1978. Sección Editorial, pág. 7 A. P
47. PUNER, M. To the good long life. What we know about growing old? Nueva York, Universa Books, 1974.
48. RIBES, I.E. Técnicas de Modificación de Conducta. - Su aplicación al retardo en el desarrollo. México, Ed. Trillas, 1972.
49. ROSEN, H.S. Promoting Recreation Skills in Severely Retarded Children. Revista Mexicana de Análisis de la Conducta. 1976, Vol. 2, # 1, 85-99. P
50. ROSEN, J.L. & NEUGARTEN, B.L. (1964). "Ego functions in the middle and later years: A thematic apperceptive study". Citado en:
LITWIN, H.G. Achievement motivation and the older worker. En: Sheppard, H.L. (Edt.) Towards an Industrial Gerontology. Op. Cit.

51. ROCASOLANO citado en Oriol, Anguera y Sellares. Cómo envejecemos y por qué morimos. México. Ed. Diana. 1974.
52. RUSK, H. Medicina de Rehabilitación. México. Ed. - Interamericana, 1966. Cap. 4 págs. 80-102.
53. SHAFFER, H.H. & MARTIN, P.L. Behavioral therapy - for "apathy" of hospitalized schizophrenics. Psychological Reports. 1966, 19, 1147-1158. Citado en: STHAL, J.R. & LEITENBERG, H. Op. Cit.
54. SKINNER, B.F. Ciencia y Conducta Humana. Barcelona, Ed. Fontanella, 1953. (reimpresión, 1973)
55. SOMMER, R. Patient who grow old in a mental hospital geriatrics. Citado en: GOFFMAN, Op. Cit.
56. SOMER, R. Personal Space. The behavioral basis of design. New Jersey, Prentice-Hall, 1969. Citado en: SONI, M.A. y CAUDILLO, F.R. Op. Cit. R
57. SOMER & ROSS. Social Interaction in the Geriatric - Ward. Journal of Social Psychiatry, 4, 128-133, 1958. R
Citado en:

SONI, M.A. y CAUDILLO, F.R. Op. Cit.

58. SONI, M.A. y CAUDILLO, F.R. El Diseño de un medio ambiente Geriátrico. Análisis Experimental de cuatro procedimientos motivacionales. Tesis de Licenciatura en Psicología, México. Univer. Anáhuac, 1976.
59. STREHLER, B. La Vejez. Periódico "El Tiempo". Año 68, # 23 342, 25 de junio de 1978. Suplemento Dominical, pág. 16, Bogotá, Colombia.
60. SZAFRAN, Kay & WELFORD. Citados en:
BIZE y VALLIER. La Tercera Edad. Op. Cit.
61. THOMAS, L., WHITMAN, J.R., MERCURIO & CAPONIGRI, U. Desarrollo de respuestas sociales en dos niños retardados severos. Journal of Applied Behavior Analysis, 1970, 3, 133-138.
62. UFFLAND. Citado en:
BIZE y VALLIER. La Tercera Edad. Op. Cit.
63. ULLMAN, L.P. & KRASNER, L. -1965- "El modelo psicológico". Cap. 32 del libro de: Theodore Millon (Ed.) Psicopatología y Personalidad. México, Ed. Interamericana, 1974.

64. ZUSMAN, J. Some explanations of the changing appearance of psychotic patients: antecedents of the social break down syndrome concept. International Journal of Psychiatry, 1967, 3, 216-237. Citado en: STAHL, J.R. & LEITENBERG, H. Op. Cit.