

131
2 ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PROCEDIMIENTOS PARA DECREMENTAR CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL EN PACIENTES MENTALES CRONICOS HOSPITALIZADOS

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N

PEREZ ESCAMILLA JUAN
CALIXTO LOZANO JUAN E.
HERNANDEZ ACOSTA TERESA



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

I N D I C E

	PAG.
I INTRODUCCION	1
II METODO	19
A) SUJETOS	
B) ESCENARIOS	
C) MATERIAL	
D) VARIABLES	
1. INDEPENDIENTES (TECNICAS)	
2. DEPENDIENTES (CONDUCTAS)	
E) SISTEMA DE REGISTRO	
F) CONFIABILIDAD	
G) DISEÑO EXPERIMENTAL	
III PROCEDIMIENTO GENERAL	28
1. LINEA BASE	
2. TRATAMIENTO	
3. GENERALIZACION'	
- PERSONA	
- ESCENARIOS	
IV ANALISIS DE RESULTADOS	13
- ANALISIS DESCRIPTIVO	
- ANALISIS ESTADISTICO	
V DISCUSION	90
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	

INTRODUCCION

El Modelo "Médico" o de "Enfermedad", constituye una de las aproximaciones mas ampliamente utilizadas en el tratamiento del paciente mental crónico hospitalizado. Este modelo interpreta los problemas de comportamiento como síntomas de una enfermedad subyacente (Alexander y Selesnick 1970).

Sin embargo, a pesar de que se ha tenido cierta efectividad con la aplicación de este modelo, en general ha reportado ser ineficaz con aquellos pacientes que no responden rápidamente a esfuerzos de tratamiento (Ellswort, 1968, Fowlkes, 1975; Ludwing, 1971; Rosenham, 1973; Ullmann 1967; Ullmann y Krasner, 1975; Wing y Brown, 1970), dando origen al actual sistema de custodia, característico en la mayoría de los Hospitales Mentales Públicos del mundo.

Al respecto, se ha señalado que la probabilidad que tiene un paciente de ser dado de alta y permanecer en la comunidad, después de estar internado dos años dentro de una Institución Mental que funciona bajo este modelo de tratamiento, es de cerca del 6%, sin que se prevean cambios para lo que resta del presente siglo (Gurell, 1966, Hassasll y Cols., 1965 Krasner., 1961; Morgan y Johnson, 1957; Ullmann, 1967).

Por otro lado, se ha indicado que el sistema de cus-

todia que impera dentro de las instituciones tradicionales, es en gran parte responsable del estado de dependencia, apatía, aislamiento, abandono, etc., en que se encuentra la mayoría de los pacientes (por ejem. Bockoven, 1963; Goffman, 1961; Kahne, 1959; Lehrman, 1961; Sommer y Osmond, 1961; Ullmann 1967). Encontrándose, que entre mayor tiempo permanece un paciente dentro de estas instituciones, menores son las oportunidades de que sea dado de alta y que permanezca en la comunidad (Anthony y Buell, 1973; Dunham y Weiberg, 1960; Kramer y Cols., 1956; Lorey y Gurell, 1973; Malzberg, 1958; Odegard, 1961; Wing y Brown, 1970). Por lo que se afirma, que en general, esta modalidad de tratamiento conduce más al deterioro de los pacientes que a su rehabilitación. Esto es, fomenta en los pacientes conductas pasivo-dependientes, irresponsabilidad, apatía, etc., en lugar de establecer habilidades básicas y repertorios funcionales que les permitan su reintegración a la comunidad.

En lo que respecta a nuestro país, de acuerdo al Censo realizado por De la Parra y Cols., (1978) en Instituciones Mentales Públicas Federales, se observó que "el 80% de los pacientes muestreados debe permanecer internado por ser incapaz de cuidarse a sí mismo". De este 80%, solo el 48% es susceptible de rehabilitación y un 32% no es rehabilitable, por lo que su asistencia consistirá únicamente, en proporcionarles custodia. Además se ha señalado (Pucheu, 1981), que al levantarse -

el censo "prevalecía un ambiente de deterioro que favorecía -- las conductas regresivas de los pacientes; los promedios de -- estancias eran excesivamente prolongados y el número de recaídas de los pacientes externados, no dejaban duda de que la mayor parte de ellos estaba condenada a la condición de puerta giratoria que los externa y los vuelve a admitir".

Como resultado del fracaso generalizado del modelo "Médico" en lograr rehabilitar al paciente crónico hospitalizado y a las condiciones de vida infrahumana que genera, se ha venido desarrollando, a partir de la década de los 60's, programas alternativos de tratamiento basados en una aproximación "conductual" a la Psicología (por ejem. Ayllon y Azrin, 1965-- Shaeffer y Martín, 1966; Ullmann, 1967; Atthowe y Krasner, --- 1967).

Dentro de esta aproximación, se conceptualiza a la conducta "anormal" "Problemática" o "desviada", como el resultado fundamental de ciertas experiencias de aprendizaje (kaz-- dín, 1980) y más específicamente en términos de déficits y excesos conductuales (Phillipps y Cols., 1974; Paul y Lentz --- 1977) de ahí que esta aproximación tenga un carácter esencialmente re-educativo y motivacional y éste, por lo tanto, fundamentada en los principios derivados de la "teoría del aprendizaje" y muy especialmente" en el condicionamiento operante (por ejem. Skinner, 1938).

En general, existe evidencia que demuestra la efectividad de este modelo en el tratamiento del paciente mental crónico hospitalizado. Concretamente, en una revisión de la literatura realizada por Sthall y Leintenberg, (1976) se reporta - que es muy efectivo para producir cambios en conductas clínicamente relevantes. Por otro lado, en todos los estudios realizados se observaron incrementos al ser dados de alta los pacientes y decrementos sustanciales en el nivel de rehospita- -- lización. Así por ejemplo, en un estudio conducido por Ellsworth, (1969) se encontró que durante el primer año de operación del programa, un 71% de los pacientes fué dado de alta y de este - porcentaje, sólo un 10% solicitó rehospita- -- lización. En este -- sentido, en el estudio efectuado por Paul y Lentz, (1977) se - obtuvo casi un 100% de efectividad, no solo en mejorar el funcionamiento de los pacientes, sino también, en lograr darlos-- de alta y mantenerlos dentro de la comunidad.

Con base en lo anterior, a partir de Enero de 1979 - se viene desarrollando en nuestro País, bajo la subvención del Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Facultad de Psicología - de la Universidad Nacional Autónoma de México, la Dirección -- General de Saldu Mental y a partir de 1982 por los Servicios - Coordinados de Salud Pública de la Secretaría de Salubridad y - Asistencia en el Estado de México, un Programa de Rehabilita- -- ción Conductual basado en una aproximación "Psicosocial", diri- -- gido al paciente mental crónico hospitalizado, dentro de un --

Pabellón del Hospital Granja "La Salud Tlazolteotl" dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Este modelo de Re-educación contempla el entrenamiento y generalización de destrezas en las áreas de:

1.- Resocialización (repertorios de autocuidado, relaciones interpersonales y de comunicación).

2.- Ejecución Instrumental (repertorios prevocacionales, vocacionales y laborales, además de destrezas en el aseo de la vivienda).

3.- Control de Conducta Bizarra (por ejem. manierismos, tics, deambulaciones, conductas delusionales, aislamiento-agresividad, etc.).

4.- Reintegración Comunitaria (terapia familiar, entrenamiento en habilidades de vida comunitaria, etc.)

Para una descripción detallada de este Programa, consultar a Quiroga, (1982) y Quiroga y Cols., 1984).

En términos generales, la ocurrencia de conducta bizarra o sintomática de parte de los pacientes, ha sido identificada como una de las principales razones que originan su re-

hospitalización (ver Pasananick y Col., 1972; Arthur y Col., - 1968; etc.), lo cual explica el porqué de la importancia que - tiene el tratar este tipo de comportamiento, si es que se quiere mantener a los pacientes dentro de la comunidad de manera - permanente.

La conducta "bizarra" o "loca" puede ser descrita, - como aquélla conducta que se caracteriza por ser impredecible - o poco usual, de tal manera que la mayoría de las personas tie - nen problemas en comprenderla, lo que origina que se angustian. Algunas de las conductas "bizarras" mas comunes que los - programas de intervención tratan de modificar son las siguientes: a) Hablar o responder a cosas inexistentes, b) Lanzar ame - nazas de daño tanto así mismo como a otros, c) Hablar sin sen - tido cuando se comunica con otros, d) Hablar consigo mismo, -- e) Reírse sin motivo o razón aparente, f) Hacer gestos facia-- les sin motivo o razón justificada, g) Evitar a la gente, h)-- Mostrarse irresponsivo con lo que te rodea, i) Llorar sin moti - vo aparente, j) Mostrar temblorina sin razón justificada, k)-- Mostrarse ruidoso o escandaloso, l)Mostrarse hiperactivo, m)-- Tendencias pirománicas, n) Destrucción de propiedad, o) Gol-- pear a los demás, p) Incontinencia, q)Conducta sexual inadecua - da (por ejem. exhibicionismo, travestismo, homosexualismo, -- etc.) ver Paul y Lentz, (1977).

Por otro lado, es interesante observar que los estu - dios de Miller (1965 y 1967) han reportado que conductas "biza

rras" tales como: a) Apariencia de estar nervioso, b) Apariencia de estar confuso, aturdido o perturbado y c) "Toma mucho" -- no se encuentran asociadas con rehospitalización. Asimismo, -- conductas "bizarras" tales como: 1) Reportar que escucha voces 2) Se endeuda en la compra de artículos tontos, 3) No desea -- hablar con nadie, 4) No quiere estar con nadie, son toleradas -- por las familias del paciente. En cambio, conductas "bizarras" tales como: 1) No se puede vestir solo, 2) No se puede cuidar -- así mismo, 3) No tiene sentido lo que habla, 4) Lastima físicamente a otros y 5) Se le olvida hacer cosas importantes, si -- se encuentra altamente asociadas con rehospitalización.

Los programas de tratamiento dirigidos a eliminar la conducta -- "bizarra", han enfocado sus esfuerzos en tres parámetros de la misma: 1) Su frecuencia, 2) Su intensidad y 3) Su momento de -- ocurrencia o "timing".

En general se considera que cualquier conducta que -- interfiera con los derechos de otros, o bien interrumpa activi -- dades deseables, no es permisible su exhibición, debido a que -- no son toleradas por la comunidad. Por esta razón y debido a -- la exhibición consistente de conducta "sintomática o bizarra -- en poblaciones psiquiátricas se ha recurrido al uso de los -- -- principios y técnicas derivados del "Análisis Conductual Apli -- cado" A.C.A. y muy particularmente la aplicación combinación -- de los procedimientos de: "Reforzamiento con fichas", "reforza

miento social", "reforzamiento diferencial de otras conductas", "retroalimentación", "instrucciones", "sobrecorrección", "tiempo fuera", "extinción", "castigo", etc.

El procedimiento de "castigo" ha sido utilizado por diversos investigadores en la modificación de las conductas -- de berrinches, problemas en el comer y en el dormir (Wolf, Risley y Mess, 1964); agresiones (Bostow y Bailey, 1969); emisión de groserías (McRyenolds, 1969). Asimismo, Leitenberg, (1965) empleó la combinación de tiempo fuera, extinción y castigo para el decremento de berrinches.

Las técnicas de sobrecorrección por práctica positiva y restitutiva también han sido aplicadas por diversos investigadores para el tratamiento de conductas tales como agresiones (Azrin y Foxx, 1972; Summer y Col., 1974); Eneuresis (Azrin, Smith y Foxx, 1973); autoestimulación (Azrin, Gottlieb, Hugart, Wesolowski y Rhan, 1975). Measel y Alfier (1976) combinaron reforzamiento diferencial de otras conductas y sobrecorrección en el tratamiento de conducta agresiva. Asimismo, Azrin, Kaplan y Foxx, (1973) la combinaron con reforzamiento positivo en la eliminación de autoestimulación estereotipada.

La aplicación del procedimiento de "tiempo fuera" ya sea parcial o total, ha sido empleado en el tratamiento de conducta disruptiva (Johnston, 1972, Forehand y MacDonough, 1975)

mutismo electivo combinándolo con reforzamiento positivo y --- desvanecimiento de estímulos (Wulbert y Nyman, 1973); para decrementar conductas disruptivas y agresiones combinándolo con reforzamiento (Bostow y Bailey, 1969).

Por otro lado, el procedimiento de "extinción" ha -- sido empleado para decrementar conducta agresiva (Martín y Foxx, 1973); así como para modificar conducta verbal sintomática combinándola con reforzamiento social (Ayllon y Haughton, - 1964).

El "reforzamiento diferencial de otras conductas" -- (RDO), es otro procedimiento empleado en la modificación de diversos tipos de "conducta sintomática", tales como: aislamiento (Brawley, Harris, Fleming y Peterson, 1969); autoestimulación (Corte, Wolf y Lake, 1971); conducta disruptiva (Mulhern y Baumister, 1969); hiperactividad, combinándolo con electroshocks (Twardosa y Saywaj, 1972).

La combinación de "reforzamiento" e "instrucciones" -- en el establecimiento de habilidades para comer, fué empleado por Ayllon y Azrin, (1964) y para modificar conducta verbal -- delusional, combinaron reforzamiento con "fichas" y retroalimentación (Wincze, Leitenberg y Agras, 1972.)

Los efectos del "reforzamiento con fichas (economía-

de fichas) en el tratamiento de la "Conducta inadecuada" de -- pacientes psicóticos crónicos, han sido ampliamente examinados y reportados por diversos estudios (por ejem. Atthowe, Krasner 1968, Lloyd y Abel, 1970; Schaefer y Martin 1969), siendo así que los programas de "economía de fichas", han sido implemen-- tados en el establecimiento de un gran número de repertorios -- laborales, de autocuidado, de aseo, de mantenimiento de la vi-- vienda y en número menor en la modificación de la "conducta -- sintomática".

En este sentido, es porbable que no se hayan reporta-- do tanta cantidad de estudios sobre la conducta "sintomática" o "bizarra" debido a la influencia de Ayllon y Azrin (1968) que-- ejercieron en sus estudios experimentales con repertorios fun-- cionales, ya que consideraban que era preferible avocarse al -- tratamiento de las conductas no sontomáticas, debido a la cre-- encia de que una vez que los pacientes empezaran a llevar una-- vida independiente por medio del establecimiento de destrezas, no quedaría oportunidad a que los pacientes emitieran conduc-- tas "bizarras" por la incompatibilidad de ambos tipos de con-- ducta.

La conducta "delusional" ha sido considerada en diver-- sas formas, por ejemplo: en el Primer Congreso Internacional -- de Psiquiatría celebrado en París, (1950) se definió a la con--

ducta "delusional" como un "trastorno de la conciencia" (Antoine Porot, 1977). Asimismo, el Diccionario Enciclopédico de Ciencias Médicas define a la "delusión" como una creencia o convicción -- falsa, que puede o no ser destruida al enfretarse con la realidad; la cual debe distinguirse de "alucinación" en la que no hay estímulo sensorial visible y de una "ilusión" que es una falsa - interpretación de una experiencia sensorial (Braier Leon, 1968). Por otro lado, en el Diccionario de Psicología y Psicoanálisis - se define a la "delusión" como una creencia sostenida frente a - una evidencia normalmente suficiente para destruirla. Una "delu- sión" debe ser considerada como un fenómeno definitivamente anor- mal aún cuando una persona normal pueda presentarla (English and English, 1977).

Sin embargo, para fines del presente estudio y de acuer- do con la "aproximación conductual" se definió a la "conducta -- verbal delusional" como aquélla conducta verbal oral de paciente que hace referencia a eventos inexistentes, que repite la misma- idea sin pasar a otra y que carece de correspondencia entre el - estímulo presentado y la respuesta emitida por el sujeto.

Diversos estudios epidemiológicos indican que las cau- sas más frecuentes en la readmisión de pacientes mentales cróni- cos en los Hospitales Psiquiátricos, es la frecuencia de emisión de "conducta verbal delusional" y las "ideas bizarras" (Hoenig y Hamilton, 1966; Wing, Monck, Brown y Carstarirs, 1964). Aún cuan-

do no tenemos suficiente información acerca de estudios enfocados a la modificación del habla delusional, algunos de los estudios desarrollados (Ver Kennedy, 1964; Rickard y Dinof, 1972; Rickard Digman y Horner, 1960; Seheaffer y Martin, 1969) han modificado el contenido del "habla psicótica", a través de "contingencias de reforzamiento".

En las poblaciones de pacientes psicóticos crónicos el "habla delusional" es una de las conductas sintomáticas más notables y fácilmente medibles. La aplicación de los procedimientos de medición, registro y modificación en ésta clase de conducta de poblaciones psiquiátricas, se comenzó a reportar hace mas de 20 años, así tenemos los estudios enfocados a modificarlo que también se ha denominado "habla enferma". Rickard, Digman y Horner (1960) reportaron cambios dramáticos en el decremento del habla delusional de una paciente psicótica crónica de sesenta años de edad, que había sido hospitalizada desde hacía treinta años, a través de procedimientos de reforzamiento verbal. -- Asimismo, Kennedy (1964) reportó cambios en la ejecución de conducta verbal delusional de pacientes psicóticos mediante la aplicación de procedimientos operantes.

Al investigar mediante procedimientos operantes la modificación de la conducta verbal de los pacientes psicóticos, - Meichenbaum, (1966) encontró, que bajo condiciones de laboratorio bien controladas, había una reducción significativa del ha-

bla "enferma", mediante la aplicación de reforzamiento con "fichas" y reforzamiento social, incrementado además, el nivel de abstracción de los pacientes ante pruebas más complicadas, como por ejemplo pruebas de abstracción. Meichenbaum; (op. cit.) en este mismo experimento introdujo simultáneamente técnicas de -- castigo e instrucciones como parte del tratamiento para medir -- los cambios ocurridos en la conducta, obteniendo de esta manera un instrumento eficaz en la modificación del habla,

Por otro lado, conviene señalar que previamente, Az-- rin Holtz, Ulrich y Goldiamond, (1961), al replicar el estudio de Verplanchk, (1955) encontraron que puede obtenerse un con-- trol experimental al intervenir en el contenido de la conversación de los sujetos. El procedimiento utilizado se basó en un diseño reversible que consistió en dividir las sesiones de 30 - minutos en tres partes iguales, distribuyendo el tiempo de apli-- cación de consecuencias en 10 min. de reforzamiento, seguido de 10 min. de extinción aplicando finalmente 10 min. de reforza-- miento, en un grupo de 17 sujetos, del que no se obtuvieron re-- sultados muy alagadores, pero reportan que sí se provocó un cam-- bio en la emisión de la conducta verbal de los sujetos.

Ayllon y Haughton, (1964) desarrollaron un estudio pa-- ra modificar la conducta verbal sintomática de tres paciente - esquizofrénicos mediante los procedimientos de reforzamiento so

cial (prestar atención) y extinción (reitrar reforzadores).

En el primer experimento intervinieron la "conducta verbal psicótica" de una paciente de 47 años de edad y 16 de hospitalización. Dividieron la conducta verbal en "respuestas psicóticas" y "respuestas neutrales". En la primera parte, reforzaron diferencialmente la conducta verbal psicótica emitida por el sujeto, y por lo tanto, no reforzaban las respuestas verbales neutrales. Posteriormente, invirtieron el procedimiento reforzando la emisión de respuestas neutrales y retirando los reforzadores a la emisión de respuestas psicóticas.

En el segundo experimento, intervinieron en la modificación de repertorios verbales "psicosomáticos" en dos pacientes de 57 y 65 años de edad y 20 años de hospitalización con el diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia crónica. Para el estudio de estos repertorios los clasificaron en conducta verbal pura y mixta, en donde aplicaron extinción a la presentación de respuestas "somáticas" y reforzamiento a las respuestas "neutrales" emitidas por el sujeto. A continuación se aplicó reforzamiento a la manifestación de respuestas somáticas y extinción a las verbalizaciones neutrales. Los resultados obtenidos en el primer experimento fueron que al aplicar reforzamiento a las respuestas verbales "psicóticas", estas incrementaron dos veces su frecuencia, en tanto que en la segunda parte, al aplicar extinción, dichas respuestas decrementaron rápidamente. En el se-

gundo experimento, se observó que el "escuchar", "prestar atención" y "mostrar interés" a las respuestas verbales somáticas, estas se incrementaron, en tanto que cuando no se escuchaban -- o se ignoraban dichas respuestas, se eliminaron.

En otros estudios elaborados por Teigen y Patterson, (1973), lograron establecer conducta verbal no delusional en -- una paciente psicótica crónica paranoide de 60 años de edad y -- 26 de hospitalización, mediante la combinación de reforzamiento positivo e instrucciones. Para la evaluación del entrenamiento, se utilizó un diseño de "línea base múltiple" con reversión. El procedimiento inicial consistió en obtener durante la "línea base" mediante un registro de ensayos, el porcentaje de conducta verbal delusional que emitía el sujeto. Durante la intervención se aplicaron las variables anteriormente señaladas de una manera contingente a cada respuesta delusional del sujeto. Durante la fase de "mantenimiento" (reforzamiento parcial) se aplicaron consecuencias intermitentes a la presentación de conducta -- inadecuada. Por otra parte, se realizó una fase de "reversión" -- en la que se eliminaron las consecuencias contingentes a las -- respuestas del estudio y finalmente se volvieron a aplicar consecuencias contingentes a cada respuesta delusional. Los resultados obtenidos en la fase de intervención fueron que al aplicar reforzamiento contingente, decrementaron las respuestas delusio -- nales, en tanto que se incrementaron las respuestas correctas; -- asimismo, al aplicarse reforzamiento parcial, el nivel de res--

puestas permaneció igual que en la fase anterior. Al llevar a---
cabo la fase de reversión, la paciente volvió a emitir verbalizaca
ciones delusionales, en tanto que al hacer contingente el reforza
miento a las respuestas correctas las verbalizaciones delusiona
les desaparecieron.

Por otro lado, Wincze, Leitenberg y Agras, (1972) reali
zaron un estudio para investigar los efectos de la retroalime
ntación y del reforzamiento con "fichas" en la modificación -
de la "conducta verbal delusional" de 10 sujetos que tenían un
promedio de edad de 44 años y 12 de hospitalización. La conducta
verbal de los pacientes fué registrada en sesiones con un --
terapeuta; en conversaciones con el personal de enfermería del
pabellón y en entrevistas con un psiquiatra residente no famili
arizado con el estudio. Para evitar que durante el tratamiento
los efectos en la retroalimentación y el "reforzamiento con
fichas" pudiesen verse influidos mutuamente en el cambio de ---
conducta del paciente, el estudio se dividió en dos grupos con
la siguiente secuencia: Grupo 1 que estuvo integrado por los suje
tos del uno al cinco, quienes recibieron línea base, retroalime
ntación, línea base y reforzamiento con "fichas" y el Grupo -
2 del sujeto seis al diez, quienes recibieron línea base, reforza
miento con " fichas", línea base y retroalimentación. Los re--
sultados obtenidos por los sujetos 1, 3, 4 y 5 fueron que la retro
alimentación no redujo por sí sola el porcentaje de verbaliza
ciones delusionales y al aplicar el reforzamiento con "fichas"

sí se produjo un decremento sustancial en el nivel de ejecución de las respuestas verbales delusionales, en tanto que en el sujeto 2 el porcentaje de habla delusional se redujo en la fase de retroalimentación, sin ser necesaria la aplicación del reforzamiento con "fichas". Por otro lado, en los resultados obtenidos en los sujetos del seis al diez se observó que el reforzamiento con "fichas" por sí solo no redujo el porcentaje de respuestas verbales delusionales y al aplicar retroalimentación, sí se produjo un decremento en el porcentaje de ejecución de dichas respuestas.

Para reducir habla delusional en pacientes esquizofrénicos paranoides, Liberman., Teigen, Patterson y Baker, (1973) aplicaron tiempo fuera combinando con contingencias de reforzamiento social y fichas canjeables por café, dulces o cigarrillos a cuatro sujetos, que presentaban delirios de grandeza y cuya edad promedio era de 53 años y 17 de hospitalización. La intervención se llevó a cabo mediante un diseño de "línea base múltiple" en cuatro sesiones de 10 minutos cada una.

Las contingencias señaladas se aplicaron de la siguiente manera:

- 1.- En cualquier momento de la sesión en que los sujetos comenzaban a hablar de una manera delusional, se interrumpía ésta, dándose por terminada y
- 2.- Si los pacientes hablaban

"racionalmente" durante los 10 min. que comprendía la sesión,-- se los proporcionaba un período de tiempo extra, para que 'durante la tarde platicaran con la enfermera. Además de que se le dejaba permanecer en la cafetería consumiendo café, dulces y cigarrillos intercambiados por las fichas ganadas durante la sesión. Los resultados obtenidos indican que la conducta verbal delusional decrementó considerablemente, en tanto que el habla racional incrementó en un rango que osciló de 200% a 600% de ejecución adecuada.

Tomando en consideración los resultados obtenidos en los estudios citados y en los altos porcentajes de ejecución de conducta "sintomática" o "bizarra" reportados por estudios realizados en pacientes psicóticos crónicos que participaban en el Programa de Rehabilitación Conductual que se realizó dentro del Pabellón "D" y las "Villas Terapéuticas", se consideró necesario, dados los objetivos del programa en cuestión, seleccionar algunas de las categorías de conducta verbal delusional que con más frecuencia presentaron los pacientes y que de hecho obstaculizaron el aprendizaje de conductas apropiadas que tienen un valor clave para la rehabilitación de éstos, con el propósito de decrementar su nivel de exhibición a través de técnicas y procedimientos derivados de la Psicología Operante, similares a la descritas con anterioridad.

M E T O D O

SUJETOS: Se seleccionaron al azar, por medio de una tabla de números aleatorios, a seis pacientes mentales crónicos hospitalizados del sexo masculino, de un grupo original de 18. Todos los pacientes presentaban "conducta verbal delusional" y participaban en un Programa de Rehabilitación Conductual. El grupo experimental tenía una escolaridad de sexto año de Primaria y una edad promedio de 49 años; pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, todos eran solteros y contaban con un promedio de hospitalización de 21 años. Por otro lado, habían sido diagnosticados principalmente como esquizofrénicos. En la tabla 1 que se muestra a continuación, se presentan las características generales de los pacientes.

T A B L A 1

PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

Sujeto	Edad	Nivel Socioec	Años Hosp.	Edo. Civil	* C.I.	Escolaridad	Diagnóstico Psiquiátrico.	Medicamentos.
1	53	Bajo	20	Solt.	83	5° Prim.	Esquizofrenia Indiferenciada	Neurolépticos. de Acción Prolongada.
2	56	Bajo	36	Solt.	80	6° Prim.	Esquizofrenia Simple	
3	41	Bajo	10	Solt.	85	2° Prepa.	Esquizofrenia Paranoide	
4	48	Bajo	15	Solt.	80	6° Prima.	Esquizofrenia Paranoide	
5	54	Bajo	25	Solt.	84	6° Prima.	Esquizofrenia Paranoide	
6	45	Bajo	15	Solt.	85	2° Prima.	Esquizofrenia Paranoide	

* C. I. entre 80 y 89 igual a Subnormal (Army Beta).

Todos los pacientes presentaron los repertorios precurentes --

siguientes:

Atención, seguimiento de instrucciones imitación, ausencia de limitaciones físicas severas, contacto visual, intensidad en la voz y habilidad para discurrir sobre algún tema. -- Finalmente, todos los pacientes estuvieron expuestos a la misma dosis de aplicación de medicamentos a lo largo de todo el estudio, antes y después de éste.

Escenarios.- El estudio se llevó a cabo en diversos -- escenarios del Hospital Psiquiátrico Granja "La Salud Tlazol--teotl" de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, ubicado en el Km 32 de la Carretera Federal México-Puebla. Dicho Hospital está constituido por siete pabellones clasificados, de la A a la G y un conjunto de viviendas denominado "Villas Terapéuticas (conjunto de cuatro Viviendas tipo departamento con todos los - servicios domésticos, donde habitan los pacientes que partici-- pan en lo segunda fase del Programa de Rehabilitación Conduc--- tual), donde residen los pacientes objeto del presente estudio. El Pabellón "D" y las "Villas Terapéuticas" fueron acondiciona-- dos de acuerdo a las necesidades del Programa de Rehabilitación Conductual en donde se llevó a cabo el presente estudio (Ver -- anexos 1 y 2).

Dichos escenarios son los siguientes:

- A) Sala experimental
- B) Comedores

- C) Areas recreativas
- D) Areas vocacionales
- E) Areas académicas

A) Sala Experimental.- En esta área se llevaron a cabo - las fases de Línea Base, Tratamiento y Generalización de Persona. Se encuentra ubicada en el área de las Villas Terapéuticas- cuyas dimensiones son las siguientes: 4 mts. de ancho por 5 mts de largo. Estaba acondicionada con dos salas tipo colonial, colocadas en forma circular dentro del área, en Televisor Admiral un anaquel con libros, un cuadro con paisaje adosado a la pared y contaba con ventilación y luz adecuada. (ver anexo 2)

B) Comedores.- se utilizaron dos tipos de comedores,- el del Pabellón "D" y el de las Villas Terapéuticas. En estas - áreas se realizó una parte de la Generalización de Escenarios.- Las dimensiones del primero son: 6 mts. de ancho por 15 mts. de largo, conteniendo seis mesas de formaica y sillas para veintiseis pacientes, un fregadero, dos lockers de metal, un refrigerador, una alacena de tres entrepaños, una estufa de gas de cuatro quemadores y cuadros con instrucciones, indicando destrezas para comer colgados en la pared, ventilación y luz adecuada -- Por otro lado, las dimensiones del segundo son: 3 mts. de ancho por 4 mts. de largo, compuesto por una mesa de formaica y cuatro sillas, un fregadero, una parrilla de gas con cuatro quemadores y una alacena (ver anexos 1 y 2).

C) Areas Recreativas. - Estas áreas se encuentran en el Pabellón "D" y las "Villas Terapéuticas", en donde se hizo otra parte de la Generalización de Escenarios. El área Recreativa -- del Pabellón, tenía las siguientes medidas: 10 mts. de ancho -- por 20 mts. de largo con ventilación y luz adecuadas, conteniendo dos salas de tipo colonial, un Televisor Phillips, un aparato Stereo marca Selektro, una mesa de Ping-Pong, dos muebles para juegos de mesa con sillas para 12 sujetos, un mostrador y -- una pequeña bodega. La segunda área contaba con las siguientes dimensiones: 5 mts. de ancho por 8 mts. de largo, compuesta por dos salas tipo colonial y un Televisor Admiral, dos mesas con -- doce sillas y una mesa de Pin-Pong (ver anexos 1 y 2).

D) Areas Vocacionales. - Dichas áreas pertenecen al Pabellón "D" y a las "Villas Terapéuticas" y en ellas se hizo --- otra parte de la generalización de escenarios. El escenario del Pabellón "D", tenía estas dimensiones 4 mts. de ancho por 6 mts de largo y estaba compuesto por un escritorio y un archivo de -- cuatro cajones, cuatro mesas de formaica y seis sillas, un es-- tante de metal de dos entrepaños para acomodar el material de -- maquila, ventilación y luz adecuadas. Las dimensiones del segun do escenario son: 3 mts. de ancho por 4 mts. de largo con tres -- mesas de formaica y 12 sillas, un pizarrón y una mesa para colo car la maquila (ver anexos 1 y 2).

E) Areas Académicas. - Estos locales también se encuen

tran en el Pabellón "D" y las "Villas Terapéuticas", en donde se llevó a cabo otra parte de la Generalización de Escenarios. El primero tenía las dimensiones siguientes: 4 mts. de ancho -- por 6 mts. de largo con ventilación y luz adecuadas, conteniendo tres mesas y 12 sillas, un estante, un escritorio con material didáctico. Y el segundo con las siguientes medidas: 3 mts. de ancho por 4 mts. de largo con un pizarrón adosado a la pared tres mesas con 12 sillas, un estante con material didáctico y una maseta (ver anexos 1 y 2).

Material.- Una grabadora "Panasonic" de pilas y corriente eléctrica cassettes de 60 minutos de diferentes marcas, -- tres cronómetros con botones de control de tiempo total y parcial, tres láminas de Temas de Conversación (ver anexo 3), 50-- hojas de registro impresas tamaño carta (ver anexo 4), un block de hojas milimétricas tamaño carta, 10 lápices de punto mediano 12 plumines de diferentes colores, una caja con 100 fichas de plástico redondas color azul de 2 cms. de diámetro y privilegios comestibles tales como: 25 cajas de galletas de diferentes tipos, 25 bolsas de dulces caramelo, 15 cajas de chocolate y 15 paquetes de cigarros "delicados".

Variables Independientes.- En el presente estudio se utilizó como variable independiente (V. I.), un "paquete" de técnicas y procedimientos derivados del "Análisis Conductual Aplicado" A.C.A., consistente en: Retroalimentación Negativa, -

Sobrecorrección, Tiempo Fuera Parcial, Reforzamiento Social, --
Reforzamiento con "Fichas".

Definición de las Variables Independientes.

Retroalimentación Negativa.- Consistió en proporcionar información al paciente, haciéndole ver que la conducta que estaba emitiendo no correspondía al tema de conversación seleccionado.

Sobrecorrección.- Consistió en proporcionar Instrucciones y/o Instigación Física, tendiente a hacer que el paciente cerrara la boca y apretara fuertemente los labios como consecuencia de haberse salido del "tema" de conversación.

Tiempo Fuera.- Consistió en proporcionar Instrucciones y/o Instigación Física, tendiente a hacer que el paciente permaneciera dando la cara a la pared, interrumpiéndose la sesión de tal manera que no tuviera acceso a los Reforzadores en un tiempo de 20 segundos, como consecuencia de haberse salido del "tema" de conversación.

Reforzamiento Social.- Consistió en proporcionar al -- sujeto alabanzas y elogios por haber terminado una idea, manteniéndose dentro del "tema" de conversación. Esto se realizó bajo un programa de Reforzamiento Continuo (R.F.₁).

Reforzamiento con "Fichas".- Consistió en proporcionar al paciente reforzadores condicionados en forma de "fichas" --- (objetos redondos de plástico con valor reforzante asociado a la obtención de privilegios), por mantenerse dentro del tema -- de conversación, bajo un programa de Intervalo Fijo de 15 segundos (I. F. 15"). Tabla 2.

Variables Dependientes.- Se intervino con la Conducta Verbal Delusional que presentaban los pacientes, que para fines del presente estudio, fué dividida en tres categorías: 1) Habla fuera de Contexto, 2) Habla Irracional, 3) Habla Repetitiva, -- así como en la Conducta Verbal Adecuada.

Definición de las Variables Dependientes.

1) Habla Fuera de Contexto: Conducta definida como --- cualquier emisión verbal dada por el paciente, que no corresponda al tema de conversación seleccionado.

2) Habla Irracional: Conducta definida como cualquier emisión verbal dada por el paciente un una conversación, que no tenga relación con eventos reales.

3) Habla Repetitiva: Conducta definida como cualquier emisión verbal en la que el paciente exprese una frase u ora--- ción con las mismas palabras, sin pasar a otra idea en una conversación.

4) Habla Adecuada: Emisión verbal de 15 segundos dada por el paciente, durante la exposición de un tema seleccionado por él mismo, caracterizado por una correspondencia con el tema relacionada con eventos reales y expresada sin repeticiones --- cíclicas. Tabla 2.

T A B L A 2
V A R I A B L E S

Variables Independientes	Variables Dependientes
Técnicas del A. C. A.	Conducta Verbal Delusional
Reforzamiento Social	
Reforzamiento con "Fichas"	Habla Fuera de Contexto
Retroalimentación Negativa	Habla Irracional
Sobrecorrección	Habla Repetitiva
Tiempo Fuera Parcial	Habla Adecuada

Sistema de Registro.- Se utilizó un sistema de registro de intervalos de 15 seg. (ver anexo 4), en el cual se anotaron las ocurrencias y la categorías de conducta que presentaron los pacientes. Dicho registro estuvo dividido en doce intervalos, haciendo un total de 3 minutos por sesión. Si el sujeto -- emitía en el mismo intervalo las tres categorías de conducta -- verbal delusional, éstas se registraban. Además se registraron-

los intervalos en los que el paciente no habló, con el fin de - obtener el porcentaje comparativo y proporcional de participa- ción. Los registradores anotaron el tipo de conducta que presen- tó el paciente, utilizando la siguiente simbología: (F) habla- fuera de contexto, (I) habla irracional, (R) habla repetitiva, - (N) no hablar y (A) habla adecuada.

Confiabilidad.- Con el fin de obtener datos confiables y objetivos, se utilizaron dos observadores independientes, --- quienes registrarón las conductas en cada una de las sesiones.- La fórmula para determinar la confiabilidad fué la siguiente:

$$\frac{\text{ACUERDOS}}{\text{ACUERDOS} + \text{DESACUERDOS}} \times 100$$

Se registró como "acuerdo", cuando ambos observadores- registraron el mismo tipo de conducta en un mismo intervalo y - se consideró como "desacuerdo" cuando ambos observadores al re- gistrar la conducta, no acordaron en el mismo intervalo ni con- el mismo tipo de conducta.

T A B L A 3

CONFIABILIDAD OBTENIDA EN CADA UNA DE LAS FASES DEL ESTUDIO

Línea Base	Tratamiento	Generalización	
		Persona	Escenario
92.7	96.2	98.5	96.5

Diseño Experimental.- Se utilizó un diseño de "Línea - Base Múltiple a través de Sujetos", con generalización de persona y escenarios obteniendo la línea base de cada uno de los pacientes, con el criterio de cambio descrito en el Procedimiento General que se menciona a continuación, seguido de una fase de tratamiento con aplicación sucesiva de las Variables Independientes en cada uno de los pacientes, así como fases de Generalización. El estudio estuvo compuesto de las siguientes fases:- A) Línea Base, B) Tratamiento, C) Generalización de persona y - D) Generalización de Escenarios.

PROCEDIMIENTO GENERAL

Antes de iniciar el estudio, se efectuaron pláticas -- con cada uno de los pacientes para establecer los criterios por medio de los cuales se registrarían las relaciones en el presente estudio. Se estableció un "convenio" conteniendo los puntos que se deberían observar, a saber: 1) puntualidad, 2) asistencia diaria durante tres veces al día, 3) disponer de un mínimo de cinco minutos, suspendiendo cualquier actividad que se estuviera realizando antes de la sesión y 4) mostrar interés en la participación. Se acordó que los temas de conversación deberían referirse a cosas que le interesaran al paciente y que quisiera comentar en la sesión. Para tal fin, se llevó a cabo una encuesta donde se obtuvo una lista de temas de conversación, que posteriormente el paciente elegiría para conversar, si es que no -

tenía ninguno en especial. Solamente podía tratar un tema por sesión y antes de iniciar ésta se verificaba que no hiciera falta el material necesario para su realización. Además, se informó a los pacientes que recibirían una recompensa, previamente seleccionada por ellos por haber participado en el estudio.

PROGRAMACION DE LAS SESIONES EXPERIMENTALES

Se realizaron tres sesiones diarias de "lunes a viernes" de acuerdo a los siguientes horarios: 9:00 a.m., 13:00 p.m. y 16:30 p.m., interviniendo a todos los pacientes en cada horario. Estas sesiones se llevaron a cabo una vez que dichos pacientes habían tomado sus alimentos, para tal fin, se les avisaba cinco minutos antes que se aproximaba la hora de asistir al estudio y que por lo tanto, debían suspender la actividad que estaban realizando. Se llevaron a cabo sesiones individuales y consecutivas, en donde cada paciente eligió el tema a tratar durante los tres minutos asignados a cada uno por sesión, en la que debían expresar todo lo referente al tema seleccionado por ellos mismos. No fué necesario suspender las sesiones por causas externas, ya que la sala experimental estaba aislada, habiendo absoluto silencio escuchando solamente la conversación del paciente y en algunas ocasiones la del experimentador, cuando daba las instrucciones o instigaba la conducta en cuestión. Además, en la fase de Tratamiento, también intervenía el observador cerciorándose del cumplimiento de las consecuencias aplicadas al paciente

Al tiempo que se hacia esto, fuera de la sala experimental esperaban su turno los demás pacientes para participar en la sesión.

FUNCIONES DEL PERSONAL

A continuación se describen las funciones que desempeñaron cada uno de los Psicólogos participantes en el presente estudios

Las funciones del experimentador fueron: 1) guiar la sesión, indicando el inicio y la terminación de ésta, 2) instigar a que hablara el paciente, una vez que el mismo experimentador daba las instrucciones 3) detener la sesión cuando el paciente emitiera conducta verbal delusional, 4) dar retroalimentación, 5) aplicar reforzamiento social y 6) al finalizarla sesión agradecer la participación del paciente.

Las funciones de los registradores consistieron en: - 1) anotar la ocurrencia de la conducta en su diferentes categorías, 2) señalar los intervalos en los que el paciente no habló 3) anotar el tema tratado en las sesión y 4) uno de los registradores se desempeñaba como observador, alternándose las sesiones.

La funciones del observador de consecuencias fueron - 1) cerciorarse de que el paciente estuviera realizando las indi

caciones dadas por el experimentador cuando se aplicaban las - consecuencias negativas, tocando las mandíbulas del paciente para comprobar que éstas estuvieran rígidas y sin aflojar los labios, 2) debía registrar el tiempo de aplicación de 20 seg. de las consecuencias negativas, 3) hacer entrega de las fichas, colocandolas en la mano del sujeto sin interrumpir la sesión, cada vez que el paciente permanecía hablando sobre el tema asignado y 4) al finalizar la sesión, intercambiaba las fichas ganadas proporcionando al paciente su "paquete de privilegios" correspondiente.

Contenido del "paquete de privilegios". Se programaron dos "paquetes de privilegios" conteniendo galletas, dulces y chocolates o cigarrillos; otorgando uno por la participación y el otro por la calidad de la ejecución. Dichos paquetes, eran entregados al finalizar la sesión. En la Fase de Línea Base, - se le dieron a todos los pacientes tres galletas, tres dulces - y tres chocolates o tres cigarrillos, según el gusto del paciente, por el solo hecho de haber participado en el estudio. En las - Fases de Tratamiento y Generalización, además de los privilegios ganados por haber participado, se les repartían, proporcionalmente las galletas, dulces y chocolates o cigarrillos de acuerdo al número de fichas ganadas en la sesión, intercambiando - un privilegio por cada ficha. Para mayor claridad ver la siguiente tabla

T A B L A 4

"PAQUETE DE PRIVILEGIOS" OBTENIDOS POR LOS PACIENTES EN CADA FASE

FASES	L.B.	T R A T A M I E N T O Y G E N E R A L I Z A C I O N											
		PARTICI PACION	NUMERO DE FICHAS										
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Galletas	3		1	1	2	2	3	3	4	4	4	5	5
Dulces	3		0	1	1	2	2	3	3	4	4	4	5
Chocolate													
Cigarros	3		0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1

Al finalizar el tiempo de la sesión, el experimentador y los registradores detenían sus cronómetros, permitiendo que el paciente terminará de expresar su idea, y al hacerlo, se le indicaba que el tiempo había terminado, llamando al siguiente sujeto.

Fases del estudio y criterios para la selección de los sujetos a intervenir y cambio de fase.

El estudio estuvo compuesto por cuatro fases: A) Línea Base, B) Tratamiento, C) Generalización de persona y D) Generalización de Escenarios.

Los criterios para la selección de los sujetos a intervenir y los cambios de fase se llevaron a cabo de la siguiente forma: el criterio que se utilizó fué el del porcentaje promedio mas elevado de Conducta Verbal Delusional, sin importar que exhibiera un porcentaje específico ni una tendencia o estabilidad -

determinada de la Línea Base. Cabe señalar asimismo, que no se determinó con anterioridad, en que número de sesión se intervendría con el próximo sujeto, ya que esto dependía de que se cumplieran los criterios de cambio con el sujeto anterior. Esto es, el primer sujeto se seleccionó para ser intervenido, cuando a lo largo de ocho sesiones de Línea Base, exhibió el porcentaje promedio más elevado de Conducta Verbal Delusional. Una vez que dicho sujeto hubo alcanzado en tres sesiones consecutivas un porcentaje igual o menor a 25%, se procedió a intervenir al siguiente sujeto (esto mismo criterio se siguió con todos los sujetos).

El siguiente sujeto que se seleccionó fué aquel, que a lo largo de 19 sesiones de Línea Base, exhibió un porcentaje promedio más elevado de la conducta en cuestión, y una vez que este alcanzó en tres sesiones consecutivas el criterio de ejecución establecido, se procedió a intervenir al tercer sujeto.

El tercer sujeto fué aquel, que a lo largo de 27 sesiones de Línea Base, exhibió el porcentaje promedio más elevado de conducta verbal delusional. Una vez que dicho sujeto alcanzó en tres sesiones consecutivas un porcentaje igual o menor de 25% se intervino en el cuarto sujeto.

El cuarto sujeto que se seleccionó para intervenir, fué aquel, que a lo largo de 34 sesiones de Línea Base, exhibió

el porcentaje promedio más elevado de conducta verbal delusional y una vez que éste alcanzó en tres sesiones consecutivas, un porcentaje igual o menor de 25%, se procedió a intervenir al siguiente sujeto.

El quinto sujeto seleccionado, fué aquel, que a lo largo de 40 sesiones de Línea Base, exhibió el porcentaje promedio más elevado de conducta inadecuada y cuando hubo alcanzado el criterio de ejecución antes dicho, se intervino al último sujeto.

Con el último sujeto se intervino hasta la sesión número 43 de la línea base, y una vez que este sujeto cumplió con el criterio de tratamiento mencionado anteriormente, se pasó a la siguiente fase con todos los sujetos.

Una vez terminado el tratamiento se procedió a implementar la fase de Generalización de Persona, en la cual se siguió como criterio de ejecución un porcentaje promedio igual o menor de 25%, durante 10 sesiones consecutivas para todos los sujetos. Después de esta fase se llevó a cabo la fase de Generalización de Escenarios, con los mismos criterios de cambio descritos en la fase anterior y el mismo número de sesiones.

FASE A (LINEA BASE)

Esta fase se llevó a cabo en la sala experimental en

donde se reunían los experimentadores y pacientes para realizar las sesiones individuales, Previo al inicio de la sesión se estableció una conversación informal, con la finalidad de preparar un ambiente de cordialidad y afecto. Después del saludo y una breve charla, se hacía salir a los pacientes, quedando uno solo de ellos (cualquiera que fuera) para la sesión.

Antes de dar comienzo, se preguntaba al paciente que tema quería tratar, siviéndose de la lista de "temas de conversación" para la selección de éste. Después que el paciente hubo seleccionado el tema, el experimentador indicaba el inicio de la sesión, dejando que le paciente hablara libremente, al tiempo que los registradores anotaban el tema en la hoja de registro así como la ocurrencia de la conducta en cuestión, en cualquiera de sus tres categorías. Además se registraban los intervalos en donde el paciente no emitía conducta verbal. Si el paciente dejaba de hablar 5seg. después de haber terminado una idea. el experimentador le instigaba por medio de preguntas acerca de lo que estaba hablando, referente al tema. En estas sesiones tanto el experimentador como los registradores sincronizaban sus cronómetros desde el inicio hasta el final de la sesión. Al finalizar la sesión el experimetador agradecía al paciente su participación y le invitaba a la siguiente sesión. -- Por otro lado, el observador de consecuencias intercambiaba el paquete de "privilegios", el cual administraba de una manera no contingente a las respuestas objeto del estudio, sino solo por

su participación. Paso seguido, se llamaba al siguiente paciente para la sesión y así se procedió sucesivamente con los demás sujetos participantes del estudio.

FASE B (TRATAMIENTO)

Al igual que en Línea Base, esta fase se llevó a cabo en la sala experimental y antes de que se iniciara la sesión se le explicaba al paciente que debería hablar únicamente del tema seleccionada y que si lo hacía de esta manera, se le entregaría una "ficha", que al finalizar la sesión podría intercambiar por los privilegios seleccionados previamente por él mismo. Dicho "paquete" dependería de la cantidad de "fichas" ganadas en la sesión. También se informaba al paciente cuando lo estaba haciendo bien. Cuando se salía del tema y empezaba a hablar de otra cosa diferente, se le decía que tenía que pararse con las manos atrás y que debía cerrar la boca haciendo presión los labios uno con otro, dando la espalda al experimentador, sin moverse hasta que se le indicara. Dada esta explicación, se le preguntaba si había entendido las instrucciones y en caso de que no las hubiera entendido se le volvían a repetir hasta que las entendiera y solo hasta entonces se le preguntaba sobre el tema que quería tratar. En caso de que se observara que no tenía preferencia por ninguno se le proporcionaba la lista de temas para que de allí lo seleccionara y una vez elegido éste se iniciaba la sesión. Cuando el experimentador daba la señal de inicio y el paciente empezaba

a hablar, se ponían a funcionar los cronómetros.

APLICACION DE CONSECUENCIAS POSITIVAS.

Cada 15 seg. el observador depositaba una ficha en la mano del paciente, si este se encontraba participando adecuadamente sobre el tema, lo cual se hacía sin interrumpir la sesión. Por otro lado, el experimentador administraba al paciente los siguientes elogios aprobatorios: ¡muy bien!, ¡correcto!, ¡está usted hablando muy bien!, ¡estupendo!, ¡perfecto!, etc., cada vez que el paciente terminaba una idea respecto al tema seleccionado.

APLICACION DE CONSECUENCIAS NEGATIVAS.

Si el paciente emitía conducta verbal delusional, es decir, si se salía del tema hablando fuera de contexto, repetitivamente o haciendo referencia a eventos no reales, se detenía la conversación diciéndole: "Espere, lo que está usted expresando no corresponde al tema que se ha seleccionado, por lo tanto póngase de pie, ponga las manos atrás, cierre la boca y presione los labios uno con otro lo más fuerte que pueda, dése la vuelta y permanezca en esa posición hasta que se le indique". En el caso de que el paciente no realizara las instrucciones señaladas por el experimentador, que eran proporcionadas a manera de información el observador lo instigaba físicamente y le repetía con voz firme las instrucciones, hasta lograr la ejecución señalada. En esta interrupción los registradores y el experimentador -----

detenían sus cronómetros, mientras se aplicaban las consecuencias negativas, reanudando el chequeo del tiempo y los registros cuando el paciente continuaba nuevamente la conversación. El observador de consecuencias comprobaba que el paciente realizara lo indicado, palpando que las mandíbulas estuvieran rígidas y los labios vueltos hacia el interior de la boca, permaneciendo con las manos atrás, de pie y con la cara hacia la pared. Además registraba los 20 seg. de duración de las consecuencias negativas y le indicaba que podía sentarse al terminar este tiempo.

Al concluir el tiempo de aplicación de las consecuencias negativas, se invitaba al paciente a que continuara hablando sobre el mismo tema. Si se repetía la conducta verbal delusional se volvían a aplicar las consecuencias como se explicó anteriormente y así cada vez que el paciente presentara la conducta en cuestión hasta el término de la sesión, después de tres minutos efectivos de conversación.

Después de realizado el intercambio de "fichas" se llamaba al siguiente paciente, sin tener un orden establecido que al igual que sus demás compañeros permanecía en línea base. Esto mismo se hizo con todos los pacientes consecutivamente, en un bloque de sesiones, distribuyéndose tres bloques de dichas sesiones diariamente. Para que un siguiente paciente pasara a la Fase de Tratamiento se tenían que cubrir los criterios señala-

dos previamente.

Con los cinco pacientes restantes se utilizó el mismo procedimiento de aplicación de las Variables Independientes que se utilizaron con el paciente intervenido, esto es, se le dieron las mismas instrucciones aplicando las consecuencias positivas o negativas a la no presentación o a la emisión de conducta verbal delusional, respectivamente, intercambiando las fichas por privilegios y agradeciendo al paciente su participación. Cuando el último sujeto intervenido cumplió con el criterio de tratamiento, decrementando la conducta verbal delusional hasta un 25% o menos, se pasó a la siguiente fase con todos los pacientes.

GENERALIZACION

Se programaron dos tipos de generalización como parte integral del tratamiento, con la finalidad de asegurar que los cambios de comportamiento obtenidos por los pacientes durante la intervención no se limitaran únicamente al escenario experimental o a los experimentadores. Se consideró pertinente programar la generalización de la conducta verbal adecuada en otros lugares y ante otras personas, ya que estudios anteriores como el de Liberman, Teigen Patterson y Baker, (1973) han señalado que aún cuando en sus estudios ocurrió una modesta generalización en las entrevistas diarias con el Terapeuta, ésta no se extendió a los demás pacientes del Pabellón donde residían. Por

otra parte, algunos investigadores, como Wahler, (1969) han indicado que es más conveniente programar la generalización que esperarla, ya que la conducta humana tiene limitaciones temporales-situacionales y tiende a darse ante ciertas personas, lugares y tiempos, esto es, no es un proceso que se dá automáticamente, sino que está controlado por las citadas variables que afectan dicho comportamiento. Por tal motivo, se programó una fase de generalización de Persona y otra fase de generalización de Escenarios.

FASE C (GENERALIZACION DE PERSONA)

Esta fase se llevó a cabo en el escenario experimental y consistió en aplicar las Variables Independientes de la misma forma que se hizo en la Fase de Tratamiento. Todos los pacientes estuvieron sujetos al mismo horario y a las mismas reglas establecidas para la fase de intervención, participando los registradores, quienes llevaron a cabo las mismas actividades de la fase anterior, sustituyéndose únicamente al experimentador original por un Psicólogo ajeno al estudio, que participaba de las mismas actividades diarias del Programa de Rehabilitación Conductual, haciendo éste las veces del experimentador original, durante 10 sesiones consecutivas.

FASE D (GENERALIZACION DE ESCENARIOS)

Esta fase consistió en mantener la aplicación de las Variables Independientes de la misma forma que se hizo en la

Fase de Tratamiento, participando los mismos pacientes, experimentador y registradores originales, pero en diferentes horarios, sustituyendo la Sala Experimental, por los siguientes escenarios de convivencia diaria de los pacientes y llevándose a cabo de la siguiente manera, durante 10 sesiones consecutivas.

Comedor.- A la hora que el paciente estaba tomando sus alimentos, se le interrumpía para realizar la sesión, sin sacarlo de su lugar asignado en el área, utilizando el mismo procedimiento de la Fase de Tratamiento. Esta se realizó consecutivamente con todos los pacientes en una situación natural e informal, pero controlada.

Areas Recreativas.- Esta actividad tenía lugar al mediodía, hora en que los pacientes se reunían para intercambiar sus "Puntos" (economía de puntos dentro del Programa de Rehabilitación Conductual en el que participaban los sujetos) ganados por el trabajo realizado en sus actividades diarias. Aparte de intercambiar sus puntos, los pacientes se organizaban en juegos de mesa, escuchaban música o veían Televisión mientras consumían sus privilegios. Es aquí donde se realizaban las sesiones con cada uno de los participantes, interrumpiendo la actividad realizada por el paciente dentro de dicha área, siguiendo los mismos procedimientos de la fase de tratamiento.

Areas Vocacionales.- Las sesiones se hicieron en el área destinada a realizar actividades laborales-manuales y más

específicamente en la elaboración de azas de plástico para cajas de Unigel, plástico que cortaban, perforaban y colocaban remaches. Se interrumpía esta actividad realizada por el paciente -- para llevar a cabo la sesión dentro del área, mediante los mismos procedimientos de la Fase de Intervención.

Areas Académicas.- Cuando el paciente estaba realizando actividades de lectura o escritura en el área destinada a tal fin, se le interrumpía para llevar a cabo allí mismo la sesión -- correspondiente en la misma forma que en la Fase de Tratamiento.

ANALISIS DE RESULTADOS

Con el fin de presentar una manera sistemática, clara y objetiva los datos obtenidos en el presente estudio, se consideró pertinente realizar, por un lado un análisis de tipo descriptivo de los aspectos más relevantes que proporcionaran información detallada, tanto de las ejecuciones individuales como de grupo, relativos a la "conducta verbal delusional", y a la "conducta verbal adecuada" de los pacientes participantes;-- así como de los temas de conversación empleados. Y por otro lado un análisis estadístico de estos mismos datos que nos permitiera-- determinar si las diferencias observadas antes y después de las intervenciones experimentales eran significativas, de acuerdo a estos tipos de parámetros.

ANALISIS DESCRIPTIVO

Los datos obtenidos en el presente estudio nos permitieron llevar a cabo una descripción clasificada en 11 categorías de información, que además de la descripción verbal, se -- apoya en histogramas (datos de grupo) y polígonos de frecuencia (datos individuales). Dichas categorías son las siguientes:

1.- Porcentajes de conducta verbal delusional de cada uno de los sujetos en las distintas fases del estudio.

2.- Porcentajes promedio de conducta delusional de to

dos los sujetos en las diferentes fases del estudio.

3.- Porcentajes de conducta verbal adecuada de cada uno de los sujetos en las distintas fases del estudio.

4.- Porcentajes promedio de conducta verbal adecuada de todos los sujetos en las diferentes fases del estudio.

5.- Porcentajes de la categoría conductual "habla fuera de contexto" de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio.

6.- Porcentajes promedio de la categoría conductual "habla fuera de contexto" de todos los sujetos en todas las fases del estudio.

7.- Porcentajes de la categoría conductual "habla irracional" de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio.

8.- Porcentajes promedio de la categoría conductual "habla irracional" de todos los sujetos en todas las fases del estudio.

9.- Porcentajes de la categoría conductual "habla repetitiva" de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio.

10.- Porcentajes promedio de la categoría conductual-
"habla repetitiva" de todos los sujetos en todas las fases del-
estudio.

11.- Temas en que se observó mayor porcentaje de con-
ducta verbal delusional en cada sujeto.

1. Porcentajes de conducta verbal delusional de cada uno de los
sujetos en las distintas fases del estudio.

En la figura 1, se presentan las Gráficas de los seis
sujetos en relación con esta conducta, en las que se muestra --
el procedimiento seguido en la intervención a cada sujeto. Por-
otro lado, en la tabla 1, se encuentran concentrados los porcenta-
jes promedio de la conducta verbal delusional obtenidos por ca-
da uno de los sujetos durante todas las fases del estudio.

En relación con el sujeto 4 (gráfica 1) se observa --
que durante 8 sesiones de línea base, obtuvo un porcentaje pro-
medio de 91.6% de conducta verbal delusional, conducta que se -
vió decrementada durante el tratamiento a un porcentaje de ---
11.8% en promedio a lo largo de 47 sesiones. Por otro lado, tam-
bién se observa que durante las generalizaciones de persona y -
escenario, el sujeto obtuvo un porcentaje promedio de 2.4% y --
3.2% de conducta verbal delusional, respectivamente.

La gráfica 2, corresponde al sujeto 6, quien durante 19 sesiones de línea base obtuvo un porcentaje promedio de --- 80.8% de conducta verbal delusional y que al ser intervenido experimentalmente, decrementó dicha conducta a un porcentaje de 12.4%, en promedio durante 35 sesiones de tratamiento (siendo este sujeto el que menor decremento obtuvo en esta fase). En la fase de generalización de persona obtuvo un porcentaje promedio de 4.1% en la generalización de escenarios obtuvo 2.4% de conducta verbal delusional.

En la Gráfica 3, que corresponde al sujeto 2, se observa que obtuvo un porcentaje promedio de 68.9% de conducta verbal delusional en la fase de línea base durante 27 sesiones y en la fase de tratamiento, a lo largo de 28 sesiones, obtuvo un porcentaje promedio de 5.8% de la conducta en cuestión. En las fases de generalización de persona y de escenarios, obtuvo el mismo porcentaje de 0.8%, en promedio de conducta verbal delusional.

Así mismo, la gráfica 4, que corresponde al sujeto 5, muestra que durante 34 sesiones de línea base se observó un porcentaje promedio de 63.1% de conducta verbal delusional, la --- cual, a lo largo del tratamiento decrementó hasta 3.0% en promedio, durante 21 sesiones en dicha fase. En la fase de generalización de persona, obtuvo un porcentaje promedio de 2.4% y en la fase de generalización de escenarios alcanzó un porcentaje -

de 1.6% en promedio, de conducta verbal delusional.

Por otro lado, la gráfica 5, que corresponde al sujeto 1, se observó que durante 40 sesiones de línea base, obtuvo un porcentaje promedio de 62.8% de conducta verbal delusional y al ser intervenido experimentalmente, decrementó dicha conducta a un porcentaje promedio de 1.6% , durante 15 sesiones de --tratamiento (este sujeto fué el que mostró, un mayor decremento de la conducta inadecuada, en comparación con los demás). En la fase de generalización de persona se extinguió dicha conducta, --ya que el porcentaje promedió fué de 0% y en la generalización de escenarios obtuvo un porcentaje de 0.8%, en promedio.

Por último, la gráfica 6, corresponde al sujeto 3, ---quien durante 43 sesiones de línea base obtuvo un porcentaje --de 60.0% de conducta verbal delusional, conducta que en la fase de tratamiento decrementó a 5.4%, en promedio, al cabo de 12 se--siones. En las fases de generalización de persona y de escena--rios obtuvo 3.2% y 1.6%, respectivamente, de conducta verbal --delusional.

"CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL INDIVIDUAL"

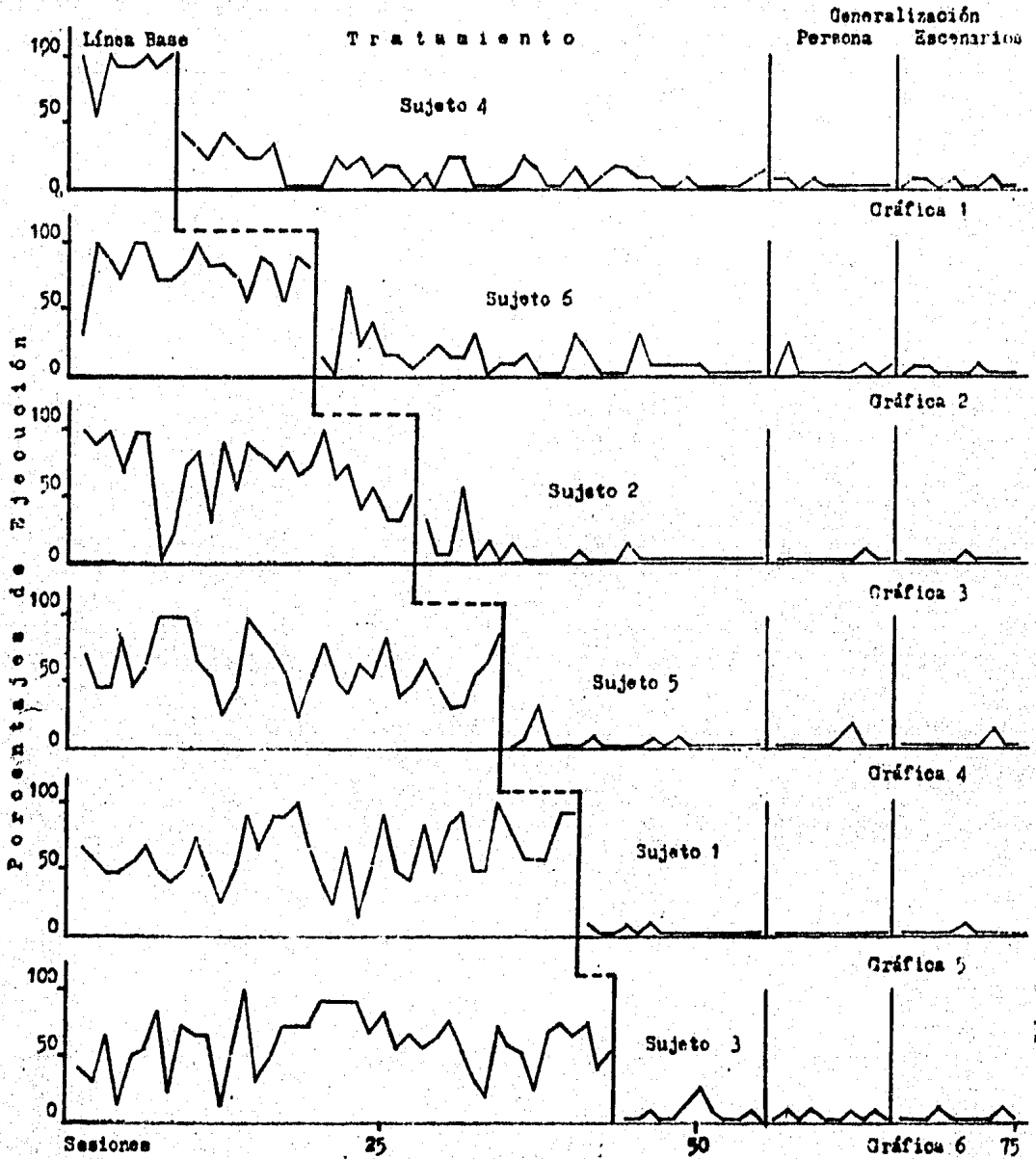


Fig. 1 Porcentajes de Conducta Verbal Delusional de cada uno de los sujetos en las distintas fases del estudio.

T A B L A 1

PORCENTAJES PROMEDIO DE LA CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL OBTENIDOS
 POR CADA SUJETO DURANTE LAS DISTINTAS FASES

SUJETO	LINEA BASE	TRATAMIENTO	GENERALIZACION PERSONA ESCENARIOS	
4	91.6	11.8	2.4	3.2
6	80.8	12.4	4.1	2.4
2	68.9	5.8	0.8	0.8
5	63.1	3.0	2.4	1.6
1	62.8	1.6	0.0	1.6
3	60.0	5.4	3.2	1.6
Porcentaje General	71.2	6.6	2.15	1.73

2. Porcentajes promedio de conducta verbal delusional de todos los sujetos en las diferentes fases del estudio.

En la figura 2, se muestran los porcentajes promedio de conducta verbal delusional de todos los sujetos, quienes -- durante 171 sesiones de línea base obtuvieron un porcentaje -- promedio de 71.2% de dicha conducta, sin tomar en cuenta la mo-- dalidad de conducta presentada (habla fuera de contexto, habla irracional y habla repetitiva).

En la fase de tratamiento, el porcentaje de conduc-- ta verbal delusional obtenido por todos los sujetos fué de --- 6.6%, en promedio, durante 159 sesiones, siendo aproximadamen-- te el mismo número de sesiones entre esta fase y la anterior.

Al pasar a la fase de generalización de persona, to-- dos los sujetos obtuvieron un porcentaje promedio de 2.1% de - conducta verbal delusional durante 60 sesiones y con un número igual de sesiones, en la fase de generalización de escenarios, todos los sujetos obtuvieron un porcentaje de 1.7%, en prome-- dio de dicha conducta.

3. Porcentajes de conducta verbal adecuada de cada uno de los- sujetos en las distintas fases del estudio.

En la figura 3, se presentan las gráficas de los ---

"CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL GRUPAL"

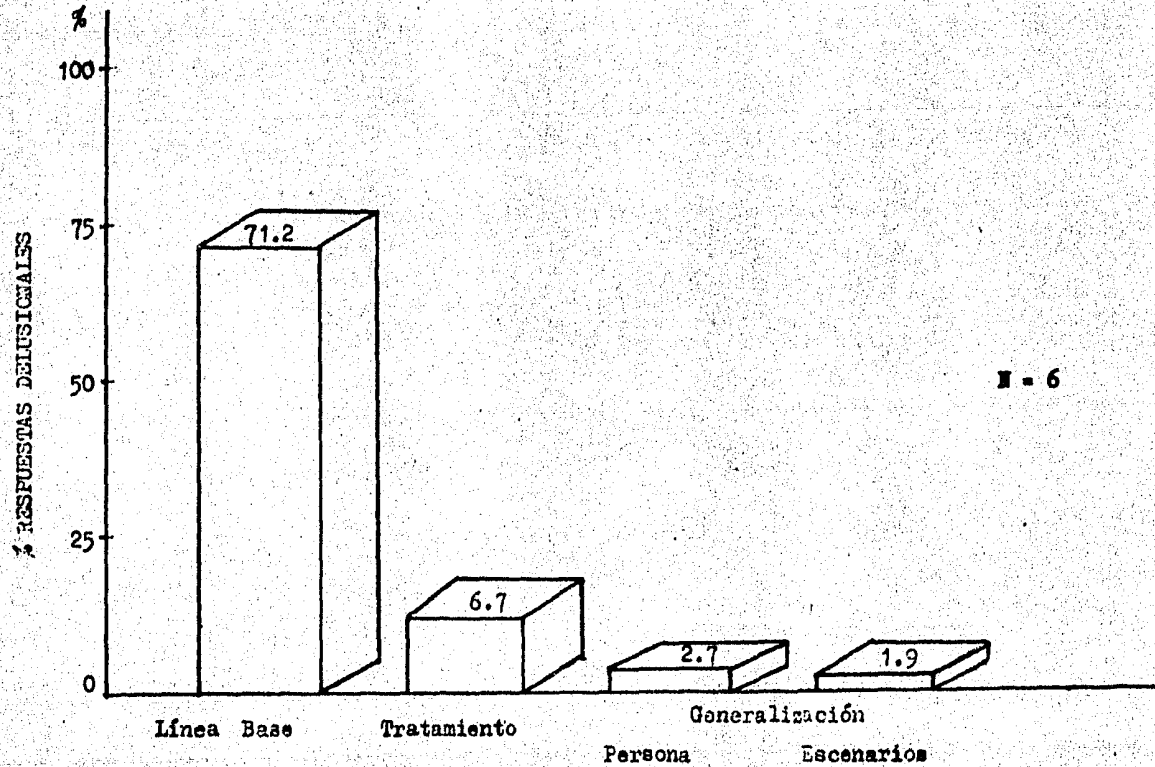


Fig. 2 Porcentajes promedio de Conducta Verbal Delusional de todos los sujetos en las diferentes fases del estudio.

seis sujetos en relación con esta conducta, mostrando el procedimiento seguido en la modificación de la conducta en cuestión. Por otro lado, en la tabla 2, se encuentran concentrados los porcentajes promedio de la conducta verbal adecuada obtenidos por cada uno de los sujetos, durante todas las fases del estudio.

En relación con el sujeto 4 (gráfica 1) se observa que durante la fase de línea base, este sujeto obtuvo un porcentaje promedio de 8.4% de conducta verbal adecuada (siendo esta la calificación más baja en comparación con los demás sujetos) quien al ser intervenido incrementó dicha conducta a 88.2%, en promedio. Por otro lado, también se observa que durante las fases de generalización de persona y de escenarios, incrementó la conducta a 97.6% y 96.8%, en promedio, respectivamente; mostrando 1050% de incremento de habla adecuada entre las fases de línea base y tratamiento.

La gráfica 2, corresponde al sujeto 6, quien durante la fase de línea base obtuvo un porcentaje promedio de ejecución de 19.2% de habla adecuada y que al ser intervenido experimentalmente, incrementó dicha conducta hasta en 87.6%, en promedio, observandose, por tal motivo, un incremento de 456% entre las fases de línea base y tratamiento. Asimismo, se observaron ligeros incrementos de conducta verbal adecuada en las fases de generalización de persona y de escenarios, obteniéndose

un porcentaje promedio de 95.9% y 97.8%, respectivamente.

La gráfica 3, que corresponde al sujeto 2, se observa que dicho sujeto obtuvo un porcentaje promedio de 31.1% de conducta verbal adecuada durante la fase de línea base, incrementándose dicha conducta en la fase de tratamiento hasta un porcentaje de 94.2%, en promedio, representando un incremento de 302% de habla racional entre ambas fases. En las fases de generalización de persona y de escenarios se obtuvo un porcentaje de 99.2% de la conducta mencionada.

Asimismo la gráfica 4, que corresponde al sujeto 5, muestra que durante la línea base se observó un porcentaje promedio de 36.9% de habla adecuada, incrementándose esta conducta durante la fase de tratamiento hasta un porcentaje de 96.9%, en promedio, del que resulta un incremento de 262% de conducta verbal adecuada entre ambas fases. Durante las fases de generalización se incrementó en una unidad esta conducta, observándose que en la generalización de persona obtuvo un 97.6% y en la de escenarios un 98.4% en promedio.

Por otro lado la gráfica 5 corresponde al sujeto 1, quien durante la fase de línea base obtuvo un porcentaje promedio de ejecución de habla adecuada de 37.2%, y que al ser intervenido, incremento a 98.4% en promedio, dicha conducta (siendo este el sujeto que obtuvo el porcentaje más alto de habla ade-

cuada al finalizar el tratamiento). El incremento de esta conducta entre las fases de línea base y tratamiento fué de 264%. En la fase de generalización de persona este sujeto obtuvo un 100% de ejecución de habla adecuada y en la fase de generalización de escenarios obtuvo un porcentaje de 99.2% en promedio.

Por último, la gráfica 6, que corresponde al sujeto 3, se observa que durante la línea base obtuvo un porcentaje de conducta verbal adecuada de 40%, en promedio, incrementando se dicha conducta en la fase de tratamiento hasta un porcentaje de 94.6%, siendo este incremento de un 236% de habla adecuada entre ambas fases. En las fases de generalización de persona y de escenarios los porcentajes promedios obtenidos fueron de 97.8% y 98.4%, respectivamente.

4. Porcentaje promedio de conducta verbal adecuada de todos los sujetos en las diferentes fases del estudio.

En la figura 4, se muestran los porcentajes promedio de la conducta verbal adecuada de todos los sujetos, en la que se observa que en la fase de línea base se obtuvo un 28.7%, en promedio de habla racional, mismo que se vió incrementado en un 93.3%, a lo largo de 159 sesiones de que constó la fase de tratamiento, mostrando por consiguiente un incremento de 325% de habla adecuada. Por otro lado, en las fases de generalización de persona y de escenarios, el porcentaje promedio de conducta verbal adecuada observado fué de 97.8% y 98.2%, respectivamente a lo largo de 120 sesiones.

"CONDUCTA VERBAL ADECUADA INDIVIDUAL"

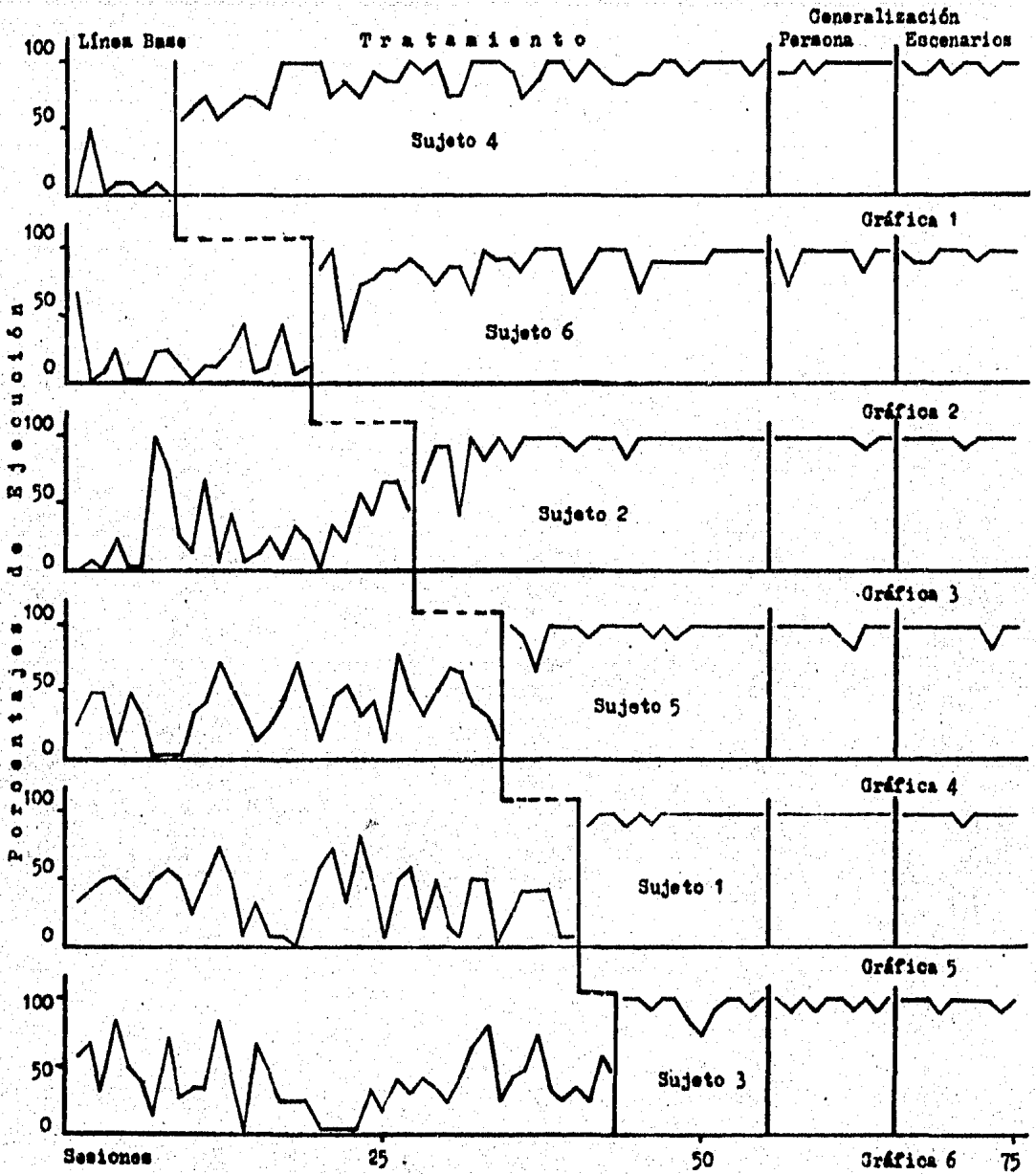


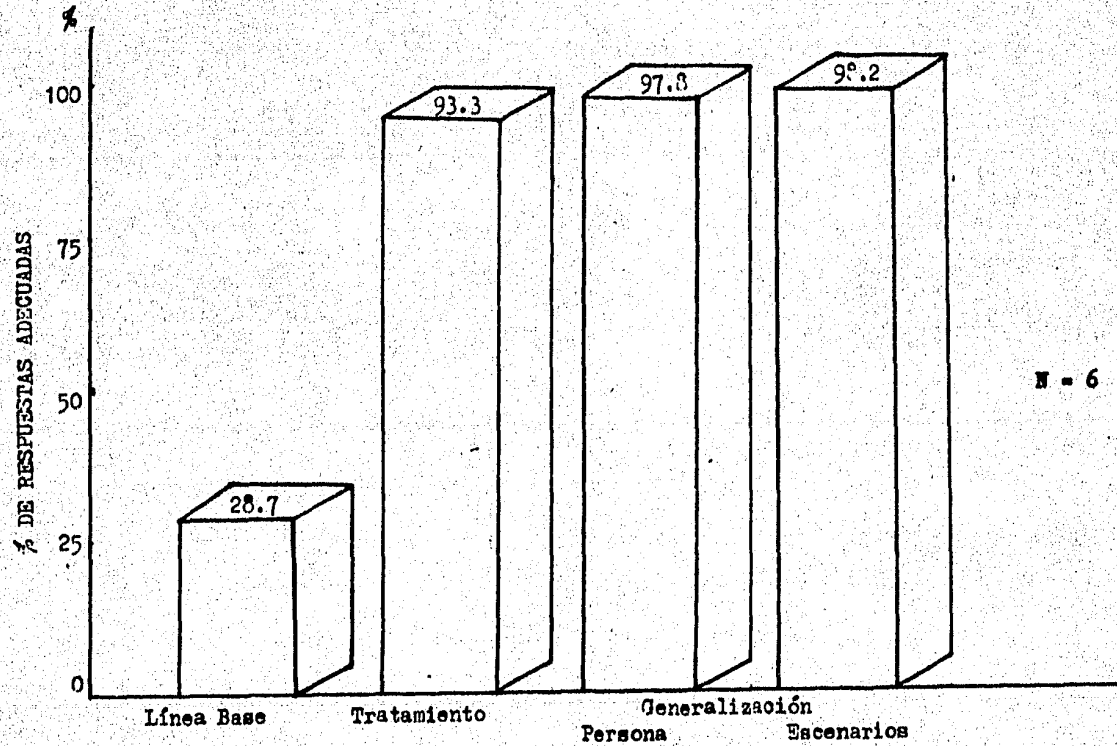
Fig. 3 Porcentajes de Conducta Verbal Adecuada de cada uno de los sujetos en las distintas fases del estudio.

T A B L A 2

PORCENTAJES PROMEDIO DE LA CONDUCTA VERBAL ADECUADA OBTENIDOS POR
CADA SUJETO DURANTE LAS DISTINTAS FASES

SUJETO	LINEA BASE	TRATAMIENTO	GENERALIZACION	
			PERSONA	ESCENARIOS
4	8.4	88.2	97.6	96.8
6	19.2	87.6	95.9	97.6
2	31.1	94.2	99.2	99.2
5	36.9	96.9	97.6	98.4
1	37.2	98.4	100.0	99.2
3	40.0	94.6	96.8	98.4
Porcentaje General	28.8	93.3	97.8	98.2

" CONDUCTA VERBAL ADECUADA GRUPAL "



57

Fig. 4 Porcentajes promedio de Conducta Verbal Adecuada de todos los sujetos en las diferentes fases del estudio.

5. Porcentajes de la Categoría Conductual "Habla Fuera de Contexto" de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio.

En la tabla 3, aparecen concentrados los porcentajes promedio de todas y cada una de las categorías en que fué dividida la conducta verbal delusional para su estudio.

En la figura 5, gráfica 1, se observa que en la línea base el sujeto 4, obtuvo un porcentaje promedio de 75.6% de dicha categoría conductual y durante el tratamiento ésta decremó a 11.7%, en promedio. Por otro lado, en las fases de generalización de persona y de escenarios, decrementos a 2.4% y 3.2%, respectivamente (siendo este sujeto el que presentó mayor emisión de dicha categoría conductual).

El sujeto 6, gráfica 2, obtuvo un porcentaje promedio de 54.8% de habla fuera de contexto en la fase de línea base, conducta que durante la intervención decremó a 5.4% en promedio, finalmente, en la fase de generalización de persona esta categoría conductual decremó a 4.1% en promedio, en tanto que en la fase de generalización de escenarios decremó a un porcentaje promedio de 2.4%.

En la gráfica 3, que corresponde al sujeto 2, se observa que durante la fase de línea base obtuvo un porcentaje -

promedio de ejecución de 66.7% de habla fuera de contexto y en la fase de tratamiento esta categoría decrementó hasta 5.5%, en promedio. Por otro lado, en las fases de generalización de persona y de escenarios se observa un decremento promedio que alcanzó una ejecución de 0.8% en ambas fases.

El sujeto 5, cuya gráfica correspondiente es la 4, se observa que durante la fase de línea base obtuvo un porcentaje promedio de 49.3% de la categoría conductual habla fuera de contexto. En la fase de tratamiento y de generalización de escenarios, decrementó a 3.0% y 1.6% respectivamente, extinguiéndose dicha conducta en la fase de generalización de persona.

En la gráfica 5, se observa que el sujeto 1, obtuvo un porcentaje de ejecución de 59.1%, en promedio, en relación con la categoría conductual antes mencionada durante la fase de línea base y en la fase de tratamiento ésta decrementó a 1.6%, en promedio, extinguiéndose ésta en la fase de generalización de persona, en tanto que en la de escenarios obtuvo un porcentaje promedio de 0.8%.

En la gráfica 6, aparecen los porcentajes del sujeto 3, observándose que en la fase de línea base, se obtuvo un porcentaje promedio de 58.5% de habla fuera de contexto, porcentaje que decrementó a 5.4% en promedio, durante la fase de tratamiento. Por otro lado, en la fase de generalización de escena--

"HABLA FUERA DE CONTEXTO INDIVIDUAL"

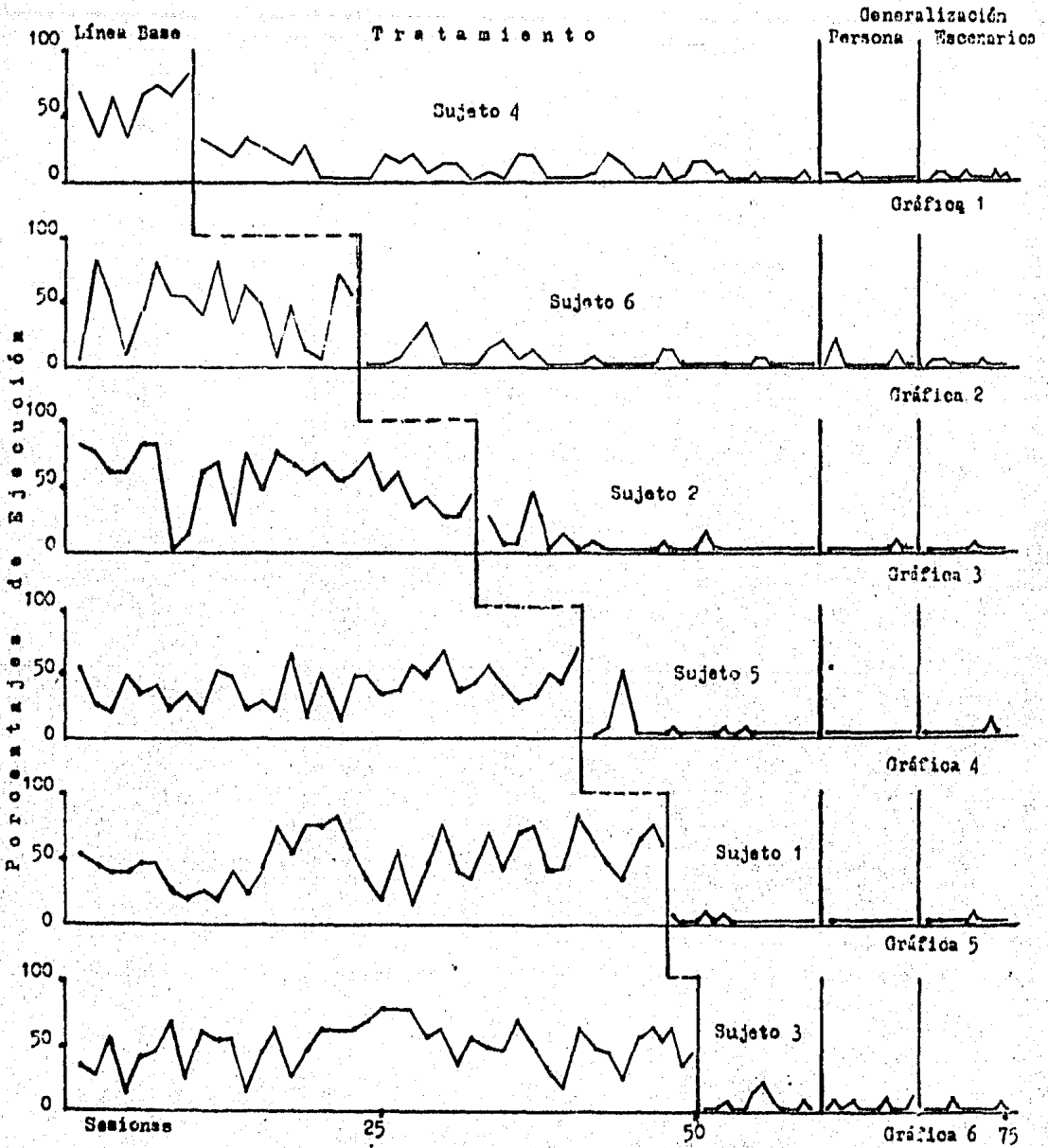


Fig. 5 Porcentajes de la categoría conductual Habla Fuera de Contexto de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio.

T A B L A 3

Porcentajes promedio de cada Categoría Conductual de todos los Sujetos en las diferentes fases del estudio

Sujetos	Categoría Conductual	Línea Base	Tratamiento	Generalización	
				Persona	Escenarios
4	Habla Fuera de Contexto	75.6	11.7	2.4	3.2
	Habla Irracional	40.3	0	0	0
	Habla Repetitiva	25.7	0.3	0	0
6	Habla Fuera de Contexto	54.89	5.4	4.1	2.4
	Habla Irracional	6.42	0	0	0
	Habla Repetitiva	53.2	7.2	0	0
2	Habla Fuera de Contexto	66.7	5.5	0.8	0.8
	Habla Irracional	3.3	0	0	0
	Habla Repetitiva	3.9	0.2	0	0
5	Habla Fuera de Contexto	49.3	3.0	0	1.6
	Habla Irracional	15.94	0	2.4	0
	Habla Repetitiva	0.55	0	0	0
1	Habla Fuera de Contexto	59.0	1.6	0	0.8
	Habla Irracional	3.0	0	0	0
	Habla Repetitiva	1.8	0	0	0
3	Habla Fuera de Contexto	58.5	5.4	3.2	1.6
	Habla Irracional	2.5	0	0	0
	Habla Repetitiva	0.5	0	0	0

rios decrementó a 1.6%, en promedio.

6. Porcentajes promedio de la categoría conductual "habla fuera de contexto" de todos los sujetos en todas las fases del estudio. (ver tabla 4)

En la figura 6, se presentan los porcentajes promedio grupales de la categoría conductual "habla fuera de contexto" - en las distintas fases del estudio, observándose, que durante la Línea Base, se obtuvo un porcentaje promedio de ejecución de 60.7%, conducta que en la fase de tratamiento obtuvo un porcentaje de 5.4%, en promedio, siendo el decremento de esta conducta de 1111%, comparando ambas fases.

Por otro lado, en la fase de generalización de persona el porcentaje promedio obtenido fué de 1.75%, y en la fase de generalización de escenarios, el porcentaje de ejecución a 1.73%, en promedio.

7. Porcentajes de la categoría conductual "habla irracional" de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio. (ver tabla 3)

En la figura 7, gráfica 1, se observa que en la línea base, el sujeto 4 obtuvo un porcentaje promedio de 40.3%, de la categoría conductual habla irracional y durante el tratamiento ésta decrementó a 0.0%, significando una eliminación de la con-

" HABLA FUERA DE CONTEXTO GRUPAL "

63

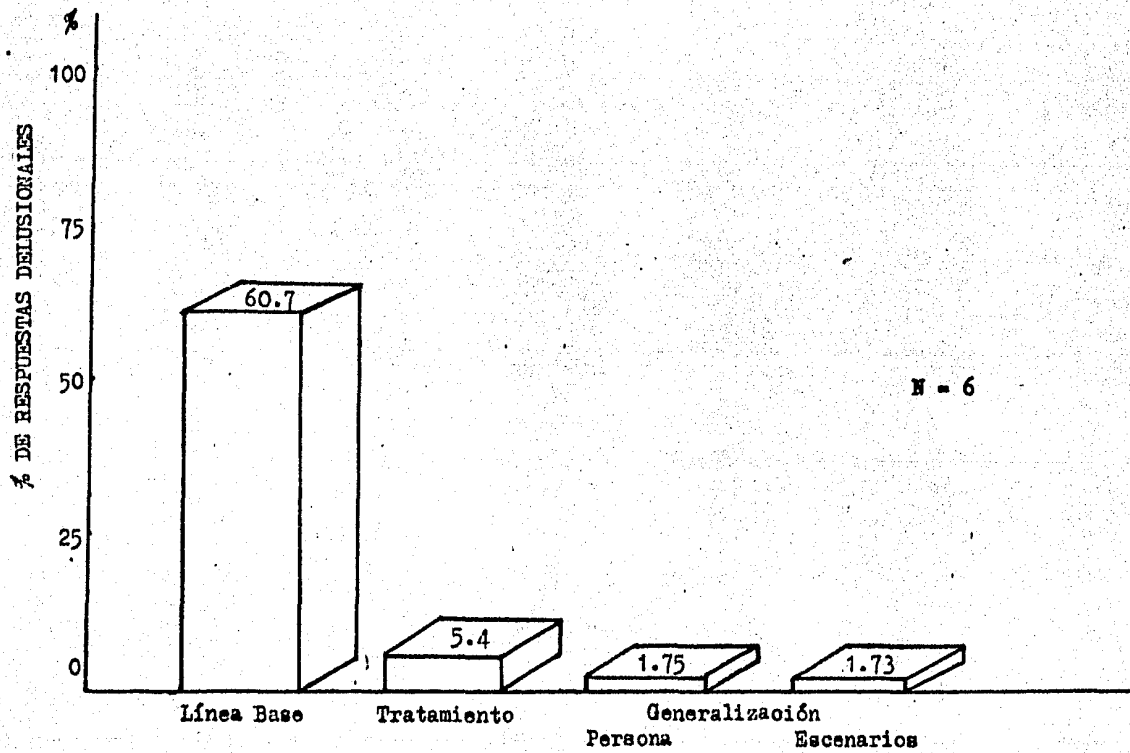


Fig. 6 Porcentajes promedio de la categoría conductual "habla fuera de contexto" de todos los sujetos en todas las fases del estudio.

PORCENTAJES PROMEDIO DE LAS CATEGORIAS CONDUCTUALES DE TODOS LOS
SUJETOS EN CADA FASE DEL ESTUDIO

	Línea Base	Tratamiento	Generalización	
			Persona	Escenarios
Habla Fuera de Contexto	60.7	5.4	1.74	1.73
Habla Irracional	11.93	0	0.4	0
Habla Repetitiva	14.3	1.3	0	0

ducta inadecuada. De la misma forma, en las fases de generalización de persona y de escenarios, no se presentó el habla irracional.

El sujeto 6, gráfica 2, obtuvo un porcentaje promedio de 6.42% de habla irracional durante la fase de línea base, conducta que en la fase de intervención decreció a 0.0%, dando por resultado la eliminación de ésta categoría conductual. Asimismo, en las fases de generalización de persona y de escenarios no se presentó esta conducta, dando por resultado la extinción a 0.0%.

En la gráfica 3, que corresponde al sujeto 2, se observa que durante la fase de línea base obtuvo un porcentaje promedio de ejecución de 3.3% de habla irracional, misma que en las fases de tratamiento y generalización de personas y generalización de escenarios se extinguió a un porcentaje de 0.0%.

El sujeto 5, cuya gráfica correspondiente es la 4, se observa que durante la fase de línea base obtuvo un porcentaje promedio de 15.94% de la categoría conductual habla irracional. En las fases de tratamiento y de generalización de escenarios obtuvo un porcentaje de 0.0% de esta conducta verbal y en la fase de generalización de persona el porcentaje de ejecución obtenido fué de 2.4% en promedio.

En la gráfica 5, se observa que el sujeto 1, obtuvo un porcentaje de ejecución de 3.0%, en promedio, en relación con la categoría conductual antes mencionada durante la fase de línea base y en las fases de tratamiento, de generalización de persona y en la generalización de escenarios no presentó habla irracional.

En la gráfica 6, aparecen los porcentajes del sujeto 3, observándose que en la línea base se obtuvo un porcentaje promedio de 2.5% de habla irracional, conducta que no presentó durante las fases de tratamiento, de generalización de persona y de generalización de escenarios decrementado a 0.0%.

8. Porcentajes promedio de la categoría conductual "habla irracional" de todos los sujetos en todas las fases del estudio.

(ver tabla 4)

En la figura 8, se presentan los porcentajes promedios grupales de la categoría conductual "habla irracional" en las distintas fase del estudio, observándose que durante la línea base, se obtuvo un porcentaje promedio de ejecución de 11.93%, conducta que en la fase de tratamiento obtuvo un porcentaje de 0.0%, no presentandose la conducta.

Por otro lado, en la fase de generalización de persona, el porcentaje promedio obtenido fué de 0.4% y en la fase de generalización de escenarios no se presentó dicha conducta

"HABLA IRRACIONAL INDIVIDUAL"

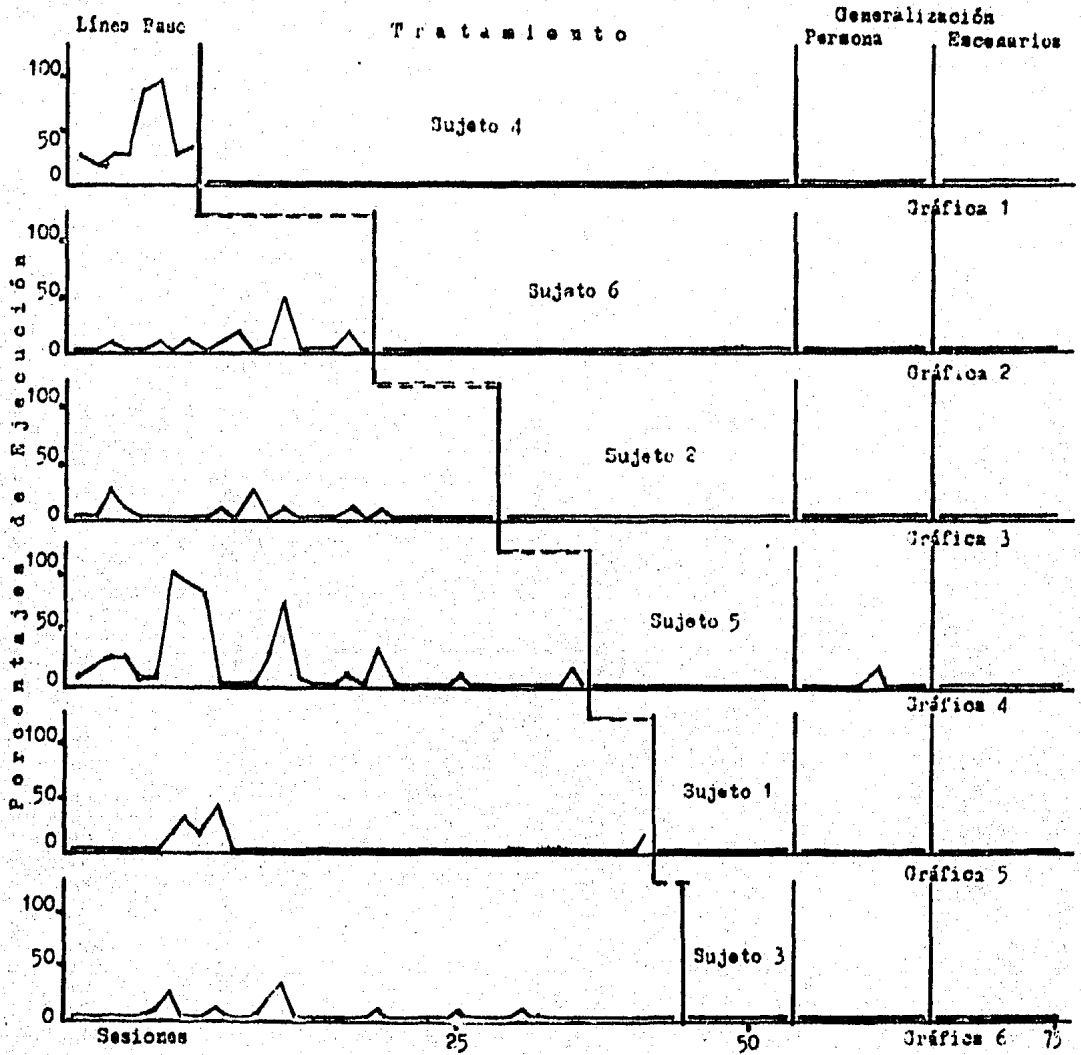


Fig. 7 Porcentajes de la categoría conductual Habla Irrracional de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio.

"HABLA IRRACIONAL GRUPAL "

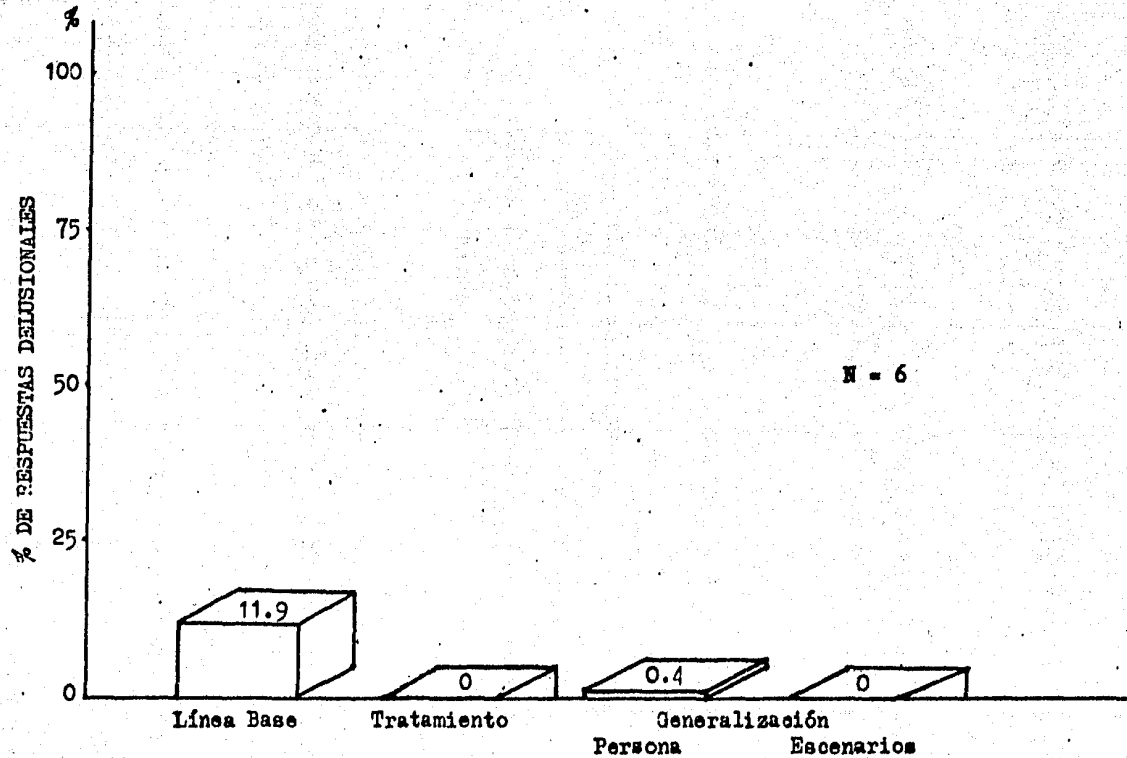


Fig. 8 Porcentajes promedio de la categoría conductual "habla irracional" de todos los sujetos en todas las fases del estudio.

9. Porcentajes de la categoría conductual "habla repetitiva" de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio.

(ver tabla 3)

En la figura 9, gráfica 1, se observa que en la línea base el sujeto 4 obtuvo un porcentaje promedio de 25.7% de la categoría conductual habla repetitiva y durante el tratamiento ésta decreció a 0.3% en promedio, conducta que durante las fases de generalización de persona y de escenarios no se presentó.

El sujeto 6, cuya gráfica es la número 2, obtuvo un porcentaje promedio de 53.2%, de habla repetitiva durante la fase de línea base (siendo este el sujeto que presentó mayor porcentaje de esta categoría conductual) y en la fase de tratamiento decreció a un porcentaje promedio de 7.2%, extinguiéndose la conducta en las fases de generalización de persona y en la generalización de escenarios a 0.0%.

En la gráfica 3, que corresponde al sujeto 2, se observa que durante la fase de línea base obtuvo un porcentaje promedio de ejecución de 3.9% de habla repetitiva y en la fase de tratamiento decreció a 0.2% en promedio, misma que en las fases de generalización de persona y generalización de escenarios se extinguió a un porcentaje de 0.0%.

La gráfica 4, muestra los porcentajes de ejecución

del sujeto 5, en donde se observa que durante la fase de línea-base, obtuvo un porcentaje promedio de 0.55%, de la categoría conductual habla repetitiva, extinguiéndose la presentación de esta conducta durante las fases de tratamiento, de generalización de persona y generalización de escenarios hasta 0.0%.

En la gráfica 5, se observa que el sujeto 1, obtuvo un porcentaje de ejecución de 1.8% en promedio durante la fase de línea base, en relación con la categoría conductual antes mencionada, y en las fases de tratamiento, de generalización de persona y en la generalización de escenarios, no presentó habla repetitiva, extinguiéndose esta conducta.

En la gráfica 6, aparece el porcentaje de ejecución del sujeto 3, observándose que en la línea base, se obtuvo un porcentaje promedio de 0.5%, de habla repetitiva, conducta que se extinguió durante las fases de tratamiento, de generalización de persona y de generalización de escenarios a 0.0%.

10. Porcentajes promedio de la categoría conductual "habla repetitiva" de todos los sujetos en todas las fases del estudio. (ver tabla 4)

En la figura 10, se presentan los porcentajes promedio grupales de la categoría conductual "habla repetitiva" en las distintas fases del estudio, observándose que durante la fase de línea base, se obtuvo un porcentaje promedio de ejecución

"HABLA REPETITIVA INDIVIDUAL"

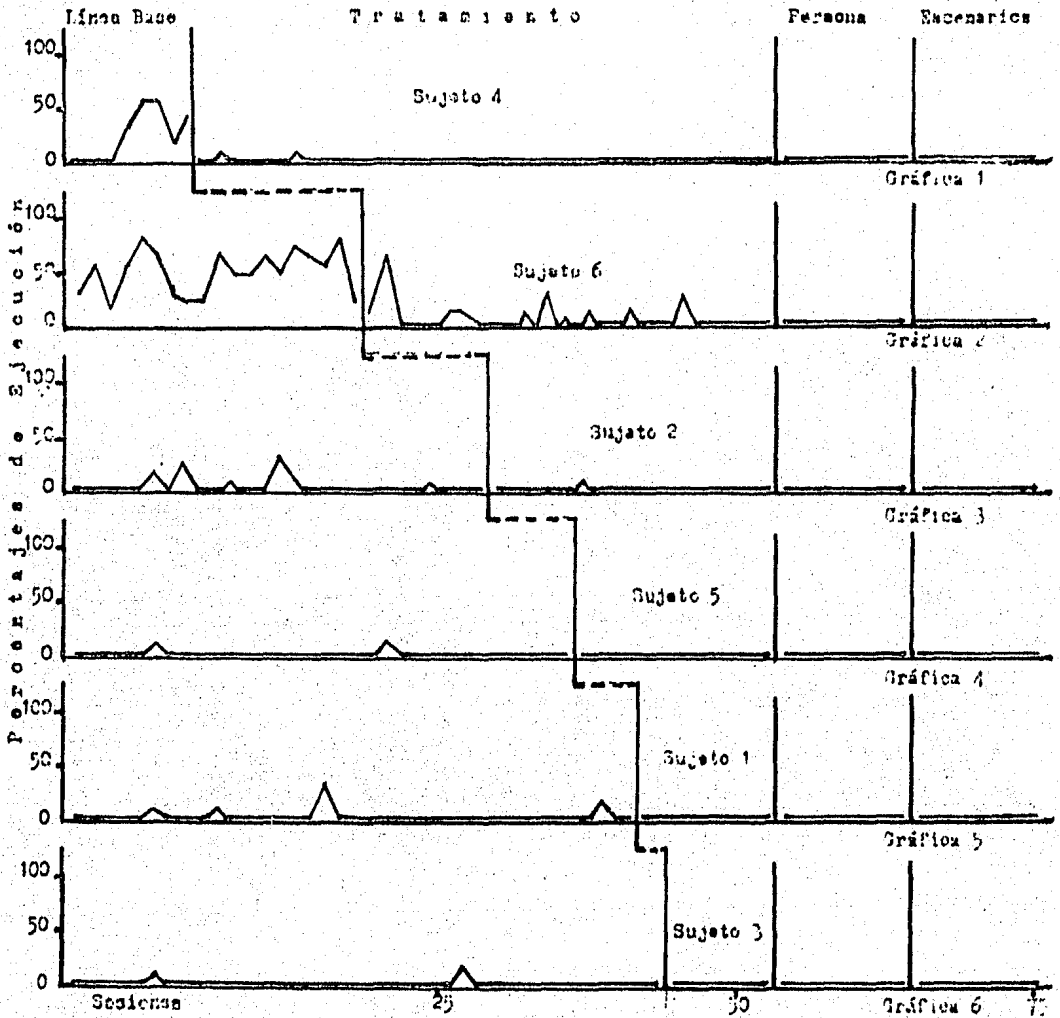


Fig.9 Porcentajes de la categoría conductual Habla Repetitiva de cada uno de los sujetos en todas las fases del estudio.

de 14.3%, conducta que durante la fase de tratamiento obtuvo un porcentaje de 1.3%, en promedio.

Por otro lado, la ejecución mostrada por los sujetos durante las fases de generalización de persona y de escenarios se extinguió, alcanzando un porcentaje de 0.0% en ambas fases.

11. Temas de conversación en que se observó mayor porcentaje de conducta verbal delusional en cada sujeto. (ver anexo 6)

En la figura 11, se presentan los temas de conversación que provocaron mayor número de respuestas delusional en cada uno de los sujetos durante la fase de línea base.

En los temas que aquí se presentan son en los que los sujetos obtuvieron porcentajes de ejecución más elevados, sin menospreciar que los demás temas también hayan obtenido porcentajes altos de ejecución, ya que el promedio general de todos los sujetos fué de 71.2%, antes de ser intervenidos, por lo que se convino en analizar sólo los temas con más respuestas inadecuadas. Los temas de conversación no siguieron un orden específico de presentación, ya que eran seleccionados por los sujetos en el momento de la sesión, motivo por el cual no todos los temas programados fueron tratados el mismo número de veces en todos los sujetos, teniendo por esta razón unos menos temas tratados que otros.

"HABLA REPETITIVA GRUPAL "

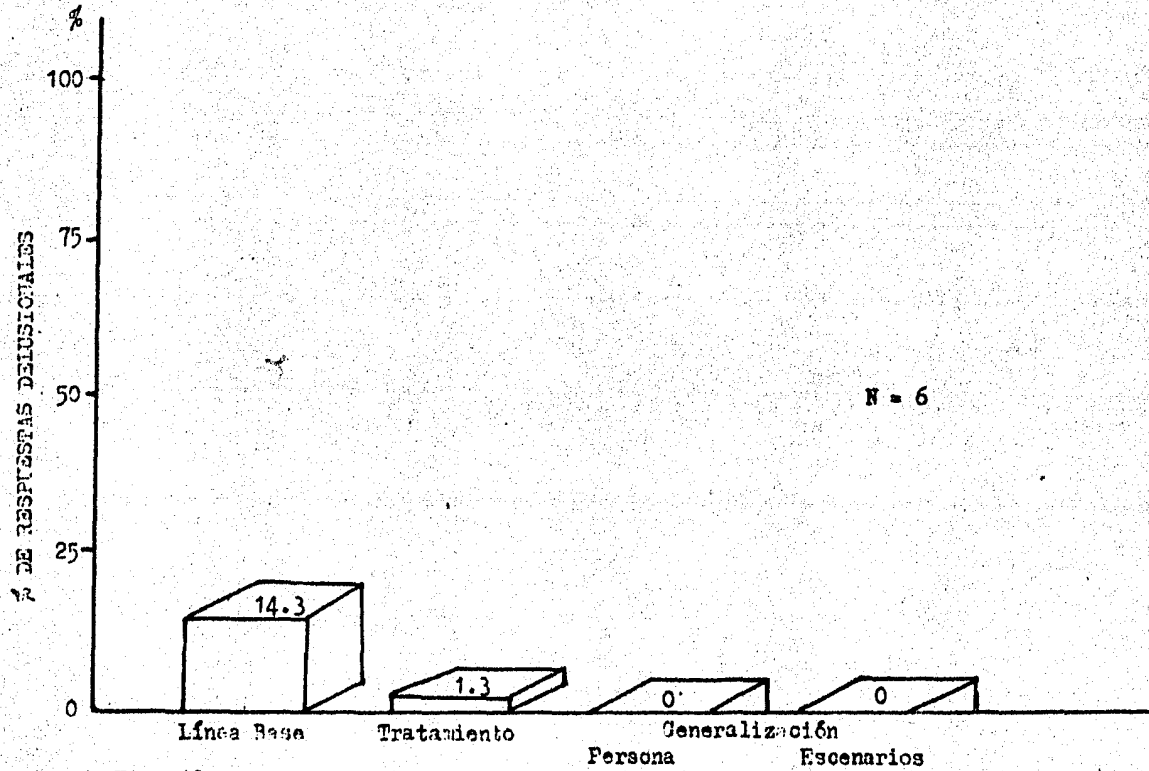


Fig. 10 Porcentajes promedio de la categoría conductual "habla repetitiva" de todos los sujetos en todas las fases del estudio.

El sujeto 4, obtuvo un porcentaje promedio de 100%--- de conducta verbal delusional en el tema de conversación acerca del trabajo, en donde el contenido de la conversación hacía referencia a su ciudad natal, viajes, familia y amigos; pero en la actividad desempeñada como trabajador, que era el tema seleccionado el paciente presentó principalmente "habla fuera de contexto" y en menor proporción "habla irracional".

En la participación del sujeto 6, los temas que presentaron mayor porcentaje de conducta verbal delusional, fueron los referentes al tema sobre el futuro y acerca de los empleados del hospital, obteniendo un porcentaje de ejecución de ---- 100.0% de esta conducta en ambos temas, refiriéndose siempre a una misma idea, sobre todo acerca de sus familiares; expresando cosas diferentes al tema seleccionado; emitiendo mayor número de veces la categoría conductual "habla repetitiva" y en menor proporción el "habla fuera de contexto".

En el sujeto 2, los temas que provocaron mayor porcentaje de conducta verbal delusional fueron los temas referentes al hogar y a los amigos, donde obtuvo un porcentaje de ejecución de 100.0% de dicha conducta, siendo principalmente la categoría conductual "habla fuera de contexto" la que emitió la mayor parte del tiempo, ya que hablaba de las actividades que desempeñaba su papá y a las actividades que desempeña actualmente en el hospital, pero no habló sobre el tema seleccionado.

En la participación del sujeto 5, los temas en que --
presentó mayor porcentaje de conducta verbal delusional, fueron
los referentes a la hospitalización y a los enemigos, donde ob-
tuvo un porcentaje promedio de ejecución de 83.0% en ambos te--
mas, girando el contenido de la conversación acerca del trabajo
y de sus compañeros, expresando que se llevaba bien con ellos,-
nada mas que no estaba de acuerdo que se le cargara la mano, ya
que siempre él hacía todas las cosas y los demás no hacían nada
y eso no era justo, etc. Como consecuencia de lo anterior la --
categoría conductual de habla fuera de contexto fué la que pre-
sentó con mayor frecuencia.

El sujeto 1, obtuvo mayor porcentaje de conducta ver-
bal delusional en el tema acerca de los paseos, donde obtuvo -
un porcentaje promedio de 95.5% de habla fuera de contexto prin-
cipalmente, y el contenido de la conversación era el siguiente:
que le gustaba salir de paseo, porque luego iba al cine donde -
veía actuar a Jorge Negrete, a Pedro Infante y a Javier Solís y
le gustaba como actuaban ellos.

La participación del sujeto 3, se refirió al tema ---
cerca de los psicólogos, donde obtuvo un porcentaje de ejecu---
ción de conducta verbal delusional de 100.0% en la categoría --
conductual habla fuera de contexto, conteniendo la conversación
ideas acerca del trabajo, en donde se refería a que el trabajo-
realizado por él era el de joyero y que su padre era panadero y

que éste último a veces le daba dinero para ir al cine y que ya no quería seguir en el hospital, etc.

NOTA:

Para mayor información acerca de la variedad de temas de conversación tratados por cada sujeto en esta fase del estudio, se anexa un listado de temas con sus respectivos porcentajes de ejecución emitidos por el sujeto antes de la intervención. (ver anexo 6)

"TEMAS DE CONVERSACION CON MAYOR PORCENTAJE DE CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL"

77

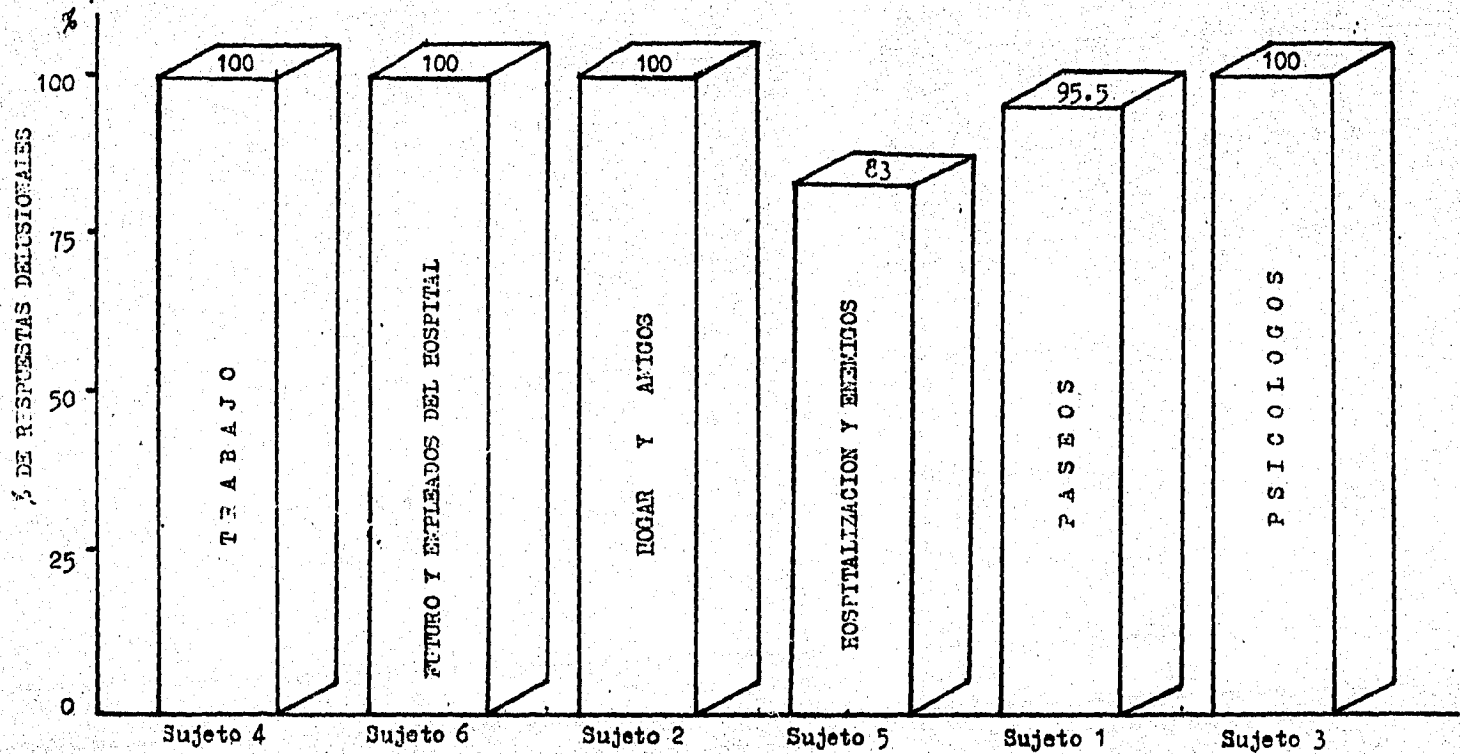


Fig. 11 Temas de conversación en que se observó mayor porcentaje de "conducta verbal delusional" en cada sujeto.

ANALISIS ESTADISTICO

Como se mencionó al inicio de este capítulo, los datos obtenidos permiten llevar a cabo, además del análisis descriptivo, la realización de un análisis estadístico. A continuación se presentan las bases mediante las cuales se procedió a llevar a cabo dicho análisis y poder constatar si existían diferencias significativas entre los datos obtenidos por los sujetos antes de ser intervenidos (Línea Base), y después de la intervención (Tratamiento).

Al tratar de llevar a cabo el análisis estadístico, encontramos la consideración de que para un diseño de Línea Base Múltiple a través de sujetos no se requiere del uso de pruebas estadísticas para el manejo de los datos, ya que básicamente se pueden observar gráficamente los cambios registrados durante las distintas fases del estudio (Línea Base y Fases Experimentales). Inclusive Castro (1975), menciona que los "Diseños que siguen la metodología de la Línea Base, no dependen de la estadística, generalmente no requieren de ella para el análisis de los datos...." (pág. 20).

Sin embargo cabe mencionar, que están surgiendo nuevos tipos de análisis de los datos, especialmente adecuados para la metodología de la Línea Base (Castro, 1975). Estudios recientes de investigadores como Gentile y Col (1972); Liberman y

col. (1973) y Revusky (1967) entre otros, han sugerido que los datos obtenidos a través de diseños intrasujeto pueden tratarse con análisis estadísticos tradicionales, si tan solo se abandona la suposición de que éstos son inadecuados para casos de $n=1$ ó para muestras pequeñas.

Lo anterior nos llevó a la consideración de que una de las pruebas estadísticas más conocidas como es la prueba "T" podría ser utilizada para confirmar estadísticamente las diferencias significativas entre los datos obtenidos en el presente estudio, como es el caso de diferentes estudios en donde se reporta precisamente esta innovación a los diseños intrasujetos (Revusky, 1966) y (Skinner, Gotty Weiss, 1972).

Para poder aplicar la prueba "T" a los dos grupos de datos correlacionados, para cada sujeto y estando éstos sometidos al mismo tipo de V.I sobre las mismas categorías de V.D. tu vimos que partir de varios supuestos:

1.- Dado que se trataba de un solo sujeto bajo dos condiciones diferentes (Línea Base y Fase Experimental), podría ser considerado como un diseño de muestras correlacionadas (Smith, 1971) en el sentido de que cada sujeto es medido bajo dos condiciones diferentes, refiriéndose a la ejecución del mismo sujeto antes y después del factor experimental, (Castro, 1975).

Para efectos de aplicación de la prueba "T" en la fórmula anterior, la condición X_1 son los porcentajes obtenidos en las primeras ocho sesiones de Línea Base; y la condición X_2 son los porcentajes obtenidos en las ocho últimas sesiones de la Fase Experimental. De los datos de Línea Base y tratamiento se obtuvo la diferencia aritmética de los porcentajes entre sesión y sesión, apareando ambas condiciones y obteniendo las sumatorias de éstos datos; después se realizó la suma de los cuadrados de $D(D^2)$; posteriormente se determinaron los grados de libertad ($gl = n - 1$); finalmente se buscaron los valores de "P" en la tabla "T" (McGulgan, 1980).

En base a las premisas mencionadas y de acuerdo al procedimiento empleado en el estudio, se procedió a hacer el análisis estadístico en el mismo orden de Intervención seguido durante el tratamiento, ya que la tabla de concentración de datos (anexo 5) nos permite tratar de forma ordenada y sistemática a cada uno de los sujetos.

SUJETO 4

	L.B.	T.	DIF.	
No. Sesión	X ₁	X ₂	D	D ²
1	100	0	100	10000
2	50	8	42	1764
3	100	0	100	10000
4	91	0	91	8281
5	91	0	100	8281
6	100	0	100	10000
7	91	8	83	6889
8	100	0	100	10000
8	723	16	707	62215

$$n = 8 \quad X_1 = 90.37 \quad X_2 = 2 \quad (D)^2 = 499849 \quad D^2 = 65215$$

$$t = \frac{90.37 - 2}{\sqrt{\frac{499849}{8(8-1)}}} = \frac{88.37}{\sqrt{\frac{65215 - 6248.12}{8(7)}}} = \frac{88.37}{\sqrt{\frac{2733.87}{56}}}$$

$$= \frac{88.37}{48.81} = \frac{88.37}{6.98} = 12.66 \quad g^1 = n-1=8-1=7$$

t = 12.66 Existe diferencia significativa más allá del 0.001

SJJETO 2

No. Sesión	L.B. X_1	T. X_2	DIF. D	D^2
1	100	0	100	10000
2	91	0	91	8281
3	100	0	100	10000
4	75	0	75	5625
5	100	0	100	10000
6	100	0	100	10000
7	0	0	0	0
8	25	0	25	625
8	591	0	591	54531

$n = 8$ $X_1 = 73.87$ $X_2 = 0$ $(D)^2 = 349281$ $D^2 = 54531$

$t = \frac{73.87 - 0}{56} = 5.30$

$$\sqrt{\frac{349281}{54531 - 8}} = 56$$

$t = 5.30$ Existe diferencia significativa más allá del 0.001

SUJETO 6

No. Sesión	L.B. X_1	T. X_2	DIF. D	D^2
1	33	8	25	625
2	100	8	92	8464
3	91	8	83	6889
4	75	0	75	5625
5	100	0	100	10000
6	100	0	100	10000
7	75	0	75	5625
8	75	0	75	5625
8	649	24	625	52853

$$n = 8 \quad x_1 = 81.12 \quad x_2 = 3 \quad (D)^2 = 390625 \quad D^2 = 52853$$

$$t = \frac{81.12 - 3}{\sqrt{\frac{390625 - 52853}{8(8-1)}}} = 9.22$$

$$\sqrt{\frac{390625 - 52853}{8(8-1)}}$$

t = 9.22 Existe diferencia significativa más allá del 0.001

SUJETO 5

No. Sesión	L.B X ₁	T. X ₂	DIF. D	D ²
1	75	8	67	4489
2	50	0	50	2500
3	50	0	50	2500
4	83	0	83	6889
5	50	0	50	2500
6	66	0	66	4356
7	100	0	100	10000
8	100	0	100	10000
8	574	8	566	43324

$$n = 8 \quad x_1 = 71.75 \quad x_2 = 1 \quad (D)^2 = 320356 \quad D^2 = 43234$$

$$t = \frac{71.75 - 1}{\sqrt{\frac{320356 - 43234}{56}}} = 9.38$$

$$\sqrt{\frac{320356 - 43234}{56}}$$

t = 9.38 Existe diferencia significativa más allá del 0.001

SUJETO 1

No. Sesión	L.B. X_1	T. X_2	DIF. D	D^2
1	66	0	66	4356
2	58	0	58	3364
3	50	0	50	2500
4	50	0	50	2500
5	58	0	58	3364
6	66	0	66	4356
7	50	0	50	2500
8	41	0	41	1681
8	439	0	439	24621

$n = 8$ $X_1 = 54.87$ $X_2 = 0$ $(D)^2 = 192721$ $D^2 = 24621$

$t = \frac{54.87 - 0}{56} = 17.87$

$$\sqrt{\frac{192721}{24621 - 8}} = 56$$

$t = 17.87$ Existe diferencia significativa más allá del 0.01

SUJETO 3

No. Sesión	L.B. X_1	T. X_2	DIF. D	D^2
1	41	0	41	1681
2	33	16	17	289
3	66	25	41	1681
4	16	8	8	64
5	50	0	50	2500
6	58	0	58	3364

7	83	8	75	5625
8	25	0	25	625
8	372	57	315	15829

$$n = 3 \quad X_1 = 46.5 \quad X_2 = 7.12 \quad (D)^2 = 99225 \quad D^2 = 15829$$

$$t = \frac{46.5 - 7.12}{\sqrt{\frac{99225}{15829} - 8}}$$

$$\sqrt{\frac{99225}{15829} - 8}$$

$$t = 5.03 \quad \text{Existe diferencia significativa más allá del } 0.001$$

T A B L A 5

PORCENTAJES DE LAS OCHO PRIMERAS SESIONES DE LINEA BASE Y DE LAS -
OCHO ULTIMAS SESIONES DE TRATAMIENTO CON LOS VALORES DE "t" PARA
CADA SUJETO.

S u j e t o s	Sujeto 4		Sujeto 6		Sujeto 2		Sujeto 5		Sujeto 1		Sujeto 3	
	L.B.	T	L.B.	T	L.B.	T.	L.B.	T.	L.B.	T.	L.B.	T.
1	100	0	33	8	100	0	75	8	66	0	41	0
2	50	8	100	8	91	0	50	0	50	0	66	25
3	100	0	91	8	100	0	50	0	50	0	66	25
4	91	0	75	0	75	0	83	0	50	0	16	8
5	91	0	100	0	100	0	50	0	58	0	50	0
6	100	0	100	0	100	0	66	0	66	0	58	0
7	91	8	75	0	0	0	100	0	50	0	83	8
8	100	0	75	0	25	0	100	0	41	0	25	0
Prueba "t" =	12.60; P>0.001		9.22; P>0.001		5.30; P>0.001		9.38; P>0.001		17.87; P>0.01		5.03; P>0.001	

Los resultados obtenidos por los sujetos 2, 3, 4, 5 y 6 demuestran que si existe diferencia significativa más allá -- del 0.001, indicando dicho valor de "p" que sólo un caso entre 1000, el cambio obtenido se ha debido al azar y no a la efectividad de la variable independiente, y por otro lado, para el -- sujeto 1 existe la diferencia significativa más allá del 0.01 -- equivalente a decir que de 100 casos sólo 1 pudiera deberse al azar.

Las calificaciones obtenidas en la prueba "t" en los sujetos 2 y 3 representarán la más baja calificación de 5.30 y 5.03 respectivamente; con respecto a los sujetos 5 y 6 éstos -- obtuvieron calificaciones "T" de 9.38 y 9.22 cada uno; y en relación al sujeto 4 dentro del mismo rango del valor "p" obtuvo más alta calificación de "t" cuyo valor es de 12.66. Finalmente el sujeto 1 obtuvo una calificación de 17.87 que al representar una calificación elevada de esta prueba, se observa un valor de menor significancia estadística dentro de la muestra seleccionada, pero de ninguna manera quiere decir que no haya diferencia significativa y sí se deba al cambio de conducta a los efectos de la manipulación de la variable independiente.

De todo lo anterior y por los resultados obtenidos en el -- análisis estadístico mediante la aplicación de la prueba "t" a los porcentajes promedio de conducta verbal delusional de los --

sujetos, es posible inferir que todos los pacientes fueron afectados en la misma proporción por las variables independientes - utilizadas en el presente estudio.

DISCUSION

La modificación de la "Conducta Verbal Delusional" de los pacientes mentales crónicos hospitalizados Intervenidos, como resultado de la aplicación y combinación de procedimientos derivados del "Análisis Conductual Aplicado", tales como: retroalimentación negativa, tiempo fuera parcial y sobrecorrección, para decrementar conducta verbal inadecuada; y la aplicación de reforzamiento con "fichas" y reforzamiento social (elogios aprobatorios y alabanzas) para incrementar conducta verbal apropiada, viene a corroborar la efectividad de la aplicación de dichas técnicas utilizadas en los trabajos que sirvieron de apoyo a la elaboración y estructuración del presente estudio, en los que reportan el uso de reforzamiento positivo ó también la combinación de procedimientos basados en estimulación aversiva y positiva en la modificación de la conducta verbal, tales como -- los realizados por Rickard, Digman y Horner, 1960; Aylom y --- Haughton, 1964; Meichenbaum, 1966; Bostow y Bailey, 1969; Liberman, Teigen, Patterson y Backer, 1973; James, Lautman y Scraven 1973; Schraa, Lautman y Scraven, 1979; entre otros.

Al establecerse que la Variable Dependiente fuera dividida en cuatro formas de presentación: tres inadecuadas (habla fuera de contexto, habla repetitiva y habla irracional) y una adecuada (habla apropiada), permitió observar más específicamente en que porcentaje fué afectada por la Variable Independiente

cada categoría de conducta. Además, facilitó obtener un porcentaje más alto de confiabilidad en el registro de la conducta, al delimitar las características específicas de cada una. Un caso que es importante señalar, se refiere a la categoría conductual "habla fuera de contexto" que presentó entre cinco y seis veces mayor porcentaje que la ejecución de las otras dos categorías verbales, por lo que el decremento de esta categoría fué mayor en comparación con los obtenidos en el "habla repetitiva y en habla irracional", después de la fase experimental. Estos resultados demuestran que los repertorios verbales delusionales, son susceptibles de ser intervenidos, obteniendo resultados satisfactorios y efectivos en su tratamiento, y por otro lado, que se puede establecer conducta verbal adecuada al mismo tiempo en que se intervienen los repertorios inadecuados. Cabe mencionar, que el hecho de que el registro utilizado haya contemplado la medición de aquellas instancias en que el sujeto no emitió conducta verbal (quedarse callado durante un intervalo) permitió tener porcentajes más precisos tanto de la conducta verbal delusional, como de la conducta verbal adecuada. Es importante tener en consideración, que estas categorías conductuales constituyen solo algunas de las características verbales que presentan los pacientes psicóticos crónicos de tal manera, que el presente trabajo no agota el estudio de la conducta verbal, ya que además de los repertorios verbales mencionados, también suelen presentar soliloquios, manifestaciones de grocerías, mentiras, amenazas de daño, etc., que por la topografía de presentación no podían ser tratados en este estudio.

Aunque la muestra es representativa de un grupo de sujetos seleccionado al azar, de los pacientes que se encontraban participando en el Programa de Rehabilitación Conductual señalando, situación que no compartían la mayoría de los pacientes del hospital, de todas formas por razones metodológicas, es posible intentar un trabajo similar con otros pacientes de la misma población donde fué tomada la muestra, utilizando aquellos procedimientos que afectan de forma más efectiva a las conductas psicopatológicas que presentan desde el marco teórico en el que se intervino en ésta investigación.

En lo que se refiere al diseño experimental, éste facilitó valorar los cambios registrados en cada sujeto tanto a nivel individual como grupal, ya que el diseño de Línea Base Múltiple a través de sujetos, proporcionó información de las ejecuciones individuales, así como de las ejecuciones del grupo en general, pudiendose demostrar la relación causal entre las variables independientes y las variables dependientes en una forma tan convincente como mediante un diseño reversible, con la ventaja de que el primero permitió estudiar las respuestas de varios sujetos simultáneamente, observandose un cambio en las ejecuciones del sujeto en cuestión, mientras los demás permanecían inalterables (Castro, 1980). Por otro lado, el hecho de que el diseño contemplara fases de generalización, permitió que

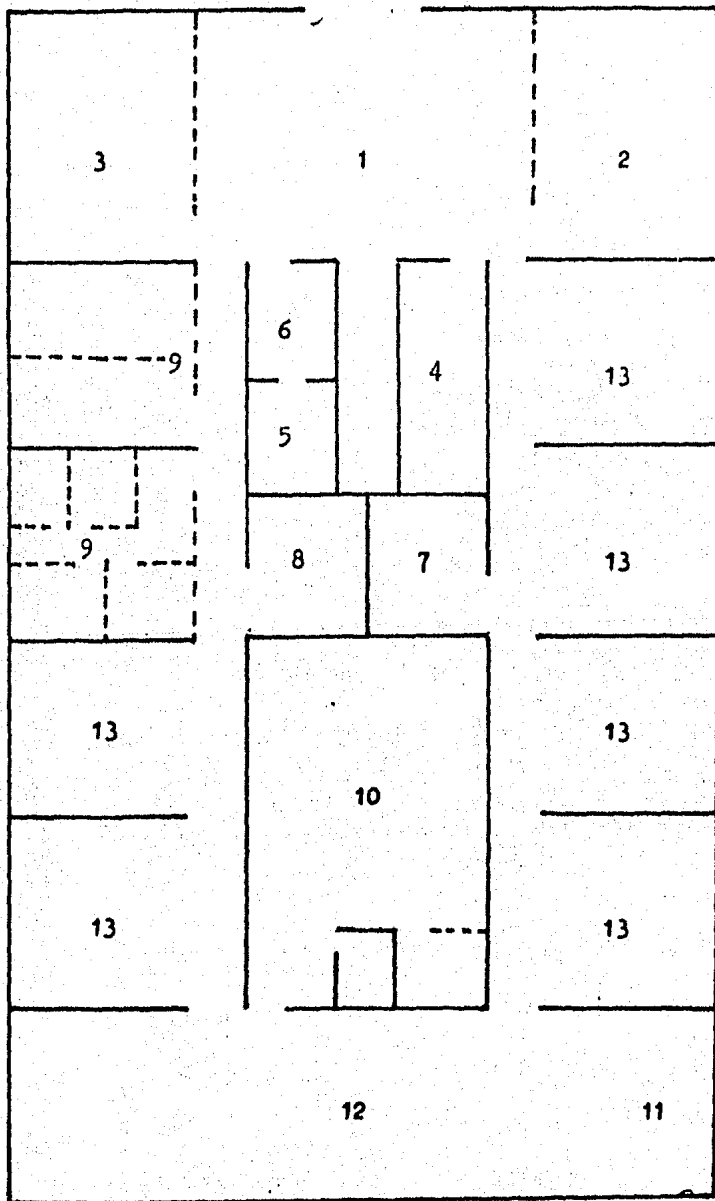
los cambios de tratamiento se observaran a través de los diversos escenarios y personas de convivencia diaria de los sujetos en -- donde los efectos de la intervención, indican un decremento significativo en la emisión de los repertorios inadecuados y un incremento sustancial de habla adecuada. Dichos efectos se apoyan en los estudios realizados por Stall y Leitenberg, 1976; Ells--- worth 1969; y Paul y Lentz, 1977.

Con respecto a los temas de conversación que cada sujeto seleccionó en cada sesión, es conveniente señalar que, éstos constituyen un factor decisivo en la ejecución de Conducta Verbal Delucional durante las Sesiones de Línea Base, pues mientras que algunos temas aparecieron consistentemente con altos porcentajes (en cada sujeto fueron diferentes), otros no fueron tan significativos antes de introducir el factor experimental, por lo que se puede proponer para un trabajo posterior, el planteamiento de aquellos temas en donde se tome en cuenta la -- historia preva del sujeto sus experiencias de aprendizaje, la estimulación medioambiental, de sus experiencia familiar y social- etc., tomando en consideración que el estímulo (tema) presentado sea significativo del área prioritaria de afectación de cada paciente. De la misma manera, los temas de conversación que se trataten durante la fase experimental, sean los mismos que antes del tratamiento; observandose en los resultados obtenidos aquí; que dichos temas fueron afectados por la variable independiente en - la misma proporción que los demás temas tratados.

Finalmente, y en relación con el marco teórico conceptual en el que se fundamenta el presente estudio, al enmarcar al paciente mental crónico hospitalizado bajo un modelo de défi cits y/o excesos conductuales, en donde la conducta verbal delu sional y adecuada es susceptible de ser observada, registrada - evaluada e intervenida como cualquier otra conducta natural, -- permite aproximarnos a la solución del problema planteado, apli cando una teoría conductual de la psicología operante que tiene una perspectiva científica.

ANEXO . 1

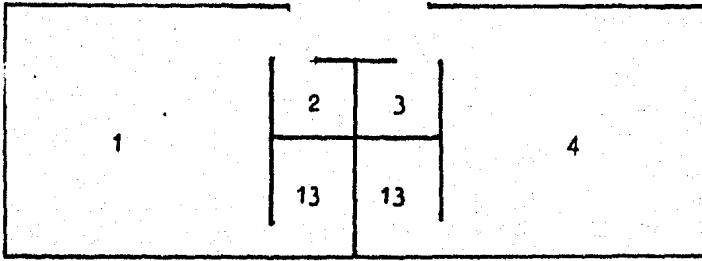
ESCENARIOS DEL PABELLON "D"



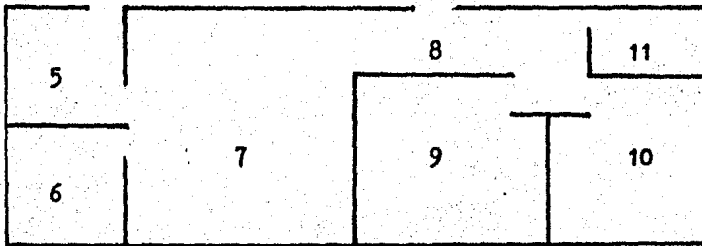
- 1.- ENTRADA
- 2.- AREA SOCIAL
- 3.- AREA VOCACIONAL
- 4.- W.C. PACIENTES
- 5.- REGADERAS
- 6.- LAVABOS Y ESPEJOS
- 7.- ENFERMERIA
- 8.- COORDINACION
- 9.- AREA PROGRAMAS
ESP. Y AREA ACADEMICA.
- 10.- AREA RECREATIVA
- 11.- COCINA
- 12.- COMEDOR
- 13.- DORMITORIOS

ANEXO 2

ESCENARIOS DE LAS "VILLAS TERAPEUTICAS"

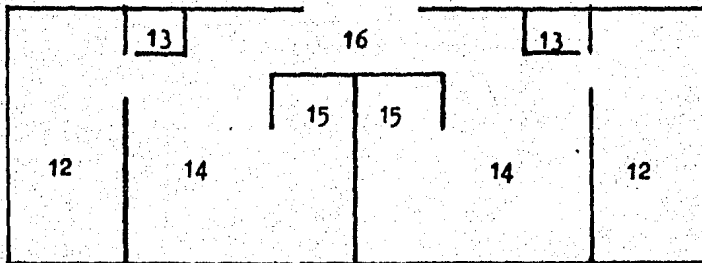


- 1.- AREA VOCACIONAL Y AREA RECREATIVA.
- 2 y 3.- CUBICULOS
- 4.- AREA ACADEMICA "SALA EXPERIMENTAL".



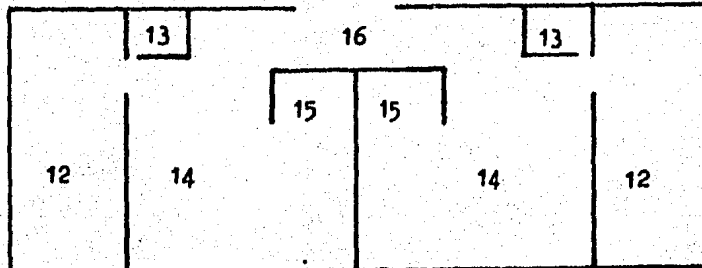
RESIDENCIAS PADRES-MAESTROS

- 5.- OFICINA
- 6.- COCINA
- 7.- SALA-COMEDOR
- 8.- PASILLO
- 9.- RECAMARA



10.- RECAMARA SUSTITUTO

- 11.- BAÑO
- VIVIENDAS PACIENTES
- 12.- RECAMARA
- 13.- BAÑO



- 14.- SALA-COMEDOR
- 15.- COCINA
- 16.- ENTRADA

ANEXO 3

HOSPITAL GRANJA "LA SALUD"

PROGRAMA "CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL"

TEMAS DE CONVERSACION

- 1.- La Familia
- 2.- Los Compañeros
- 3.- Los Deportes
- 4.- La Religión
- 5.- La Radio
- 6.- La Televisión
- 7.- El Cine
- 8.- El Teatro
- 9.- Los Amigos
10. Sus Padres
11. Sus Hermanos
12. Recuerdos de la Infancia
13. La Escuela
14. Opinión sobre el Hospital
15. Opinión sobre el Programa
16. Hospitalizaciones Anteriores
17. Opinión sobre los Empleados de la Cocina
18. Opinión sobre los Empleados de la Oficina
19. Opinión sobre los Empleados de los Talleres
20. Opinión sobre los Empleados de Mantenimiento
21. Opinión sobre el Personal de Enfermería
22. Opinión sobre los Médicos
23. Opinión sobre los Psicólogos
24. El Trabajo
25. Los Medios de Transporte
26. Sobre el Medicamento que han Tomado
27. Sobre la Alimentación
28. Los Animales
29. Combinación de su Ropa (apariencia personal)
30. Sobre su Vida Pasada
31. Lo que piensan hacer al salir del Hospital
32. Sobre los Paseos o los Viajes

- 33.- Opinión sobre la Música
- 34.- Opinión sobre la Mujer
- 35.- Opinión sobre el Sexo
- 36.- Sobre la Muerte
- 37.- Acerca de la Vida
- 38.- Opinión sobre el Amor
- 39.- Sobre las Plantas
- 40.- La Historia
- 41.- El Diablo
- 42.- Que opinan sobre la Sociedad
- 43.- Que opinión tiene la Sociedad acerca de Ustedes.

ANEXO 4
 HOSPITAL GRANJA "LA SALUD"
 PROGRAMA: CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL

FECHA: _____

No. DE SESION: _____

HORA: _____

No.	SUJETO	15"	30"	45"	60"	15"	30"	45"	60"	15"	30"	45"	60"	TEMA
1														
2														
3														
4														
5														
6														

FECHA: _____

No. DE SESION: _____

HORA: _____

No.	SUJETO	15"	30"	45"	60"	15"	30"	45"	60"	15"	30"	45"	60"	TEMA
1														
2														
3														
4														
5														
6														

Código Conductual: (N) = No Hablar
 (F) = Habla Fuera de Contexto
 (I) = Habla Irracional
 (R) = Habla Repetitiva.
 (A) = Habla adecuada

Confiability - _____

ANEXO 5

HOSPITAL GRANJA "LA SALUD"

PROGRAMA: CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL

PORCENTAJES DE EJECUCION

S	Sujeto 4	Sujeto 6	Sujeto 2	Sujeto 5	Sujeto 1	Sujeto 3
1	100	33	100	75	66	41
2	50	100	91	50	58	33
3	100	91	100	50	50	66
4	91	75	75	83	50	16
5	91	100	100	50	58	50
6	100	100	100	66	66	58
7	91	75	0	100	50	83
8	100	75	25	100	41	25
9	41	83	75	100	50	72
10	33	100	83	66	75	66
11	25	83	33	58	50	66
12	41	83	91	27	27	16
13	33	75	58	50	50	50
14	25	58	91	100	91	100
15	25	91	83	83	66	33
16	33	83	75	75	91	50
17	0	58	83	58	91	75
18	0	91	66	25	100	75
19	0	83	75	58	66	75
20	0	16	100	83	41	91
21	25	0	63	55	25	91
22	18	66	75	45	66	91
23	25	25	41	66	16	91
24	8	41	58	58	50	66
25	16	16	33	83	91	81
26	16	16	33	41	50	58
27	0	8	54	50	41	66
28	8	16	33	66	83	58
29	0	25	8	50	50	63

S = Sesión

S	Sujeto 4	Sujeto 6	Sujeto 2	Sujeto 5	Sujeto 1	Sujeto 3
30	25	16	8	33	83	75
31	25	16	58	37	91	58
32	0	33	0	58	50	36
33	0	0	16	66	50	20
34	0	8	0	83	100	75
35	8	8	16	0	75	58
36	25	16	0	8	58	54
37	16	0	0	33	58	25
38	0	0	0	0	58	66
39	0	0	0	0	91	75
40	16	33	8	0	91	66
41	0	16	0	8	8	75
42	8	0	0	0	0	41
43	16	0	0	0	0	50
44	16	0	16	0	8	0
45	8	33	0	0	0	0
46	8	8	0	8	8	8
47	0	8	0	0	0	0
48	0	8	0	8	0	0
49	8	8	0	0	0	16
50	0	8	0	0	0	25
51	0	0	0	0	0	8
52	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0	0
54	8	0	0	0	0	8
55	0	0	0	0	0	0
56	8	0	0	0	0	0
57	8	25	0	0	0	8
58	0	0	0	0	0	0
59	8	0	0	0	0	8
60	0	0	0	0	0	0
61	0	0	0	8	0	0

S	Sujeto 4	Sujeto 6	Sujeto 2	Sujeto 5	Sujeto 1	Sujeto 3
62	0	0	0	16	0	8
63	0	16	8	0	0	0
64	0	0	0	0	0	8
65	0	0	8	0	0	0
66	0	0	0	0	0	0
67	8	8	0	0	0	0
68	8	8	0	0	0	0
69	0	0	0	0	0	8
70	8	0	0	0	0	0
71	0	0	8	0	8	0
72	0	8	0	0	0	0
73	8	0	0	16	0	0
74	0	0	0	0	0	8
75	0	0	0	0	0	0

A los porcentajes de Ejecución anotados en la tabla anterior, corresponden las siguientes frecuencias de "Conducta Verbal Delusional".

Frecuencia	Porcentaje
12	100
11	91
10	83
9	75
8	66
7	58
6	50
5	41
4	33
3	25
2	16
1	8

ANEXO 6

PORCENTAJES PROMEDIO DE CONDUCTA VERBAL DELUSIONAL OBTENIDOS
 POR CADA SUJETO EN LOS DIFERENTES TEMAS DE CONVER-
 SACION TRATADOS EN LA FASE DE LINEA BASE.

<u>SUJETO 1</u>			
T E M A	PORCENTAJE	T E M A	PORCENTAJE
Paseos	95.5	Ciencia Naturales	100
Deportes	91	Hogar	100
Compañeros	91	Alimentación	91
Concepto de sí mismo	91	Religión	91
Mujeres	87	Hospitalización	83
Bebidas Alcohólicas	83	Bebidas Alcohólicas	83
Religión	75	Mujeres	75
Familia	72.5	Paseos	75
Educación	70.5	Aseo de la vivienda	75
Televisión	70.5	La Familia	67
Ciencias Naturales	66	Televisión	66.5
Futuro	66	Educación	63
Automóviles	66	Teatro	58
Enfermedad	62	Trabajo	33
Alimentación	58	Compañeros	0
Hospitalización	58		
Sus Padres	58	<u>SUJETO 3</u>	
Trabajo	50	Psicólogos	100
Empleados	50	Empleados	83
Hermanos	50	Mujeres	79
Talleres del Hospital	45.5	Deportes	78.5
Vida pasada	42	Padres	75
Sexo	41	Bebidas Alcohólicas	75
Música	37.5	Jóvenes	75
Transportación	16	Concepto de sí mismo	70.5
		Cine	69.5
		Bancos	66
<u>SUJETO 2</u>		Transportes	66
Amigos	100	Trabajo	64
Futuro	100		

T E M A	PORCENTAJE	T E M A	PORCENTAJE
Amigos	58	Religión	58
Comercio	58	Cine	58
Dibujo	58	Familia	56
Vida Pasada	52	Vestido	55
Compañeros	50	Alimentación	50
Ciencias Naturales	46	Programa de Rehabilitación	50
Enfermedad	45.5	Historia	50
Hospitalización	45.5	Ejército	50
Familia	41	Psicólogos	33
Iglesia	41	Vida Pasada	27
Alimentación	33	Ciencias Naturales	25
Educación	26		
Artistas	17	<u>SUJETO 6</u>	
		Futuro	100
<u>SUJETO 4</u>		Empleados	100
Trabajo	100	Alimentación	91.5
Familia	95.5	Compañeros	91
Paseos	95.5	Guerras	91
Compañeros	91	Televisión	87.5
Alimentación	50	Paseos	83
		Religión	83
<u>SUJETO 5</u>		Deportes	83
Hospitalización	83	Ciencias Naturales	77
Enemigos	83	Educación	75
Enfermedad	80.3	Mujeres	75
Mujeres	79.6	Trabajo	75
Televisión	75	Música	58
Automóviles	66	Familia	33
Sus Padres	66		
Futuro	62		
Trabajo	62		
Deportes	58		
Guerras	58		

BIBLIOGRAFIA

- Andrew L. Homer and Lizette Peterson "Differential Reinforcement of other behavior: A preferred response elimination procedure". Behavior Therapy, 1980, 11, 449-471.
- Ayala, H.E., García, R., Lechuga, M. Rodríguez, B.M., González, L. y Chism, S.K.: "La Salud: Programa de Rehabilitación-Conductual Hospitalario en un pabellón para enfermos mentales crónicos". II Congreso Mexicano de Psicología. México, D.F. - 1979.
- Ayala, H.E., Chism, S.K., Cárdenas, L.G., Rodríguez, B.M., -- Cervantes, G.L., y Caballero, S.P.: "Una alternativa al tratamiento y Rehabilitación de enfermos mentales crónicos". Revista de Salud Mental, Vol. No. 5, 1, 1982.
- Ayllon T. and Azrin N.H. "Reinforcement and Instruccion with Mental patients", Journal of the experimental analysis of behavior, 1964, 7, 327-331.
- Ayllon, T., and Azrin, N.H. "The measurement and reinforcement of behavior of psychotics". Journal of experimental analysis of behavior, 1965, 8, 357-383.
- Ayllon, T., and Azrin, N.H. The token economy". New York; --- Appleton Century Crofts, 1968.
- Ayllon, T. and Haugton E. "Modification of symptomatic verbal behavior of mental patients". Behavior Research and Therapy", 1964, 2, 87-97.

- Azrin N.H.; Holtz C., Ulrich R.E. y Goldiamond I. "The control of the content of conversation through reinforcement". Journal Experimental Analysis Behavior, 1961, 4, 25-30.
- Barton E.S. "Inappropriate Speech in a severely retarded child; - A case study in lenguaje conditioning and generalization". --- Journal of applied behavior Analysis, 1970, 3, 299-307.
- Bostow D.E., y Bailley, J.B. "Modification of severe disruptive and aggressive behavior using brief timeout and reinforcement procedures" Journal of Applied Behavior Analysis, 1969, 2 31-37.
- Caballero, S.P., Cervantes, G.L. y Rodríguez, B.M. "Un Modelo de Reeducción para pacientes mentales crónicos hospitalizados". Tesis Profesional, Facultad de Psicología, U.N.A.M. México, 1981.
- Calderón Narvaez G. "La evolución de los conceptos de la terapéutica Psiquiátrica y sus consecuencias en los programas de - Salud Mental". Epoca V, Vol. IX, No. 4, Julio y Agosto de 1977 Salud Pública de México.
- Coleman, J.C. "Abnormal Psychology and Modern life". Scott. -- Foresiman and company. Chicago, 1970 pág. 270.
- De la Parra A. y Cols. "La enfermedad mental bajo una perspectiva social". Reporte Interno, C.E.M.E.S.A.M. México, D.F., -- 1978.
- Ellswort, R.B. "Nonprofessionals in psychiatric rehabilitation". The Psychiatric aide and the schizophrenic patients, -- New York: Appleton Century Croffts, 1968.

- Ellsworth, R.B. "Reinforcement Therapy with chronic patients". Hospital and Community Psychiatrics., 1969, 238-240.
- English H.B. y English A. C.H. "Diccionario de Psicología y Psicoanálisis" E. Paidós, 1977, Buenos Aires, Argentina.
- Foxx, E.M. y Azrin, N.H. "The elimination of autism. Self-stimulatory behavior by overcorrection". Journal of Applied Behavior Analysis 1973, 6, 1-4.
- Gurell, L. "Release and Community stay criteria and evaluating Psychiatric treatment" In P.H. Hoch and J. Zubin (Eds.), Psychopathology of schizophrenia, New York: Grune and Stratton - 1966.
- Gentile J.R., Roden A.H. and Klein R.D. "An analysis of variance model for the intrasubject replication design". Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 5, No. 2, Págs. 193-198. 1972.
- Hersen Michel and Bellack Alan S. "A Multiple-Baseline Analysis of social-Skills training in chronic schizophrenics" --- Journal of Applied Behavior Analysis., 1976, 9, 239-245.
- Harris, S.L. y Ersner-Hersnfield, R. "The Behavioral Suppression of seriously disruptive behavior in psychotic and retarded patients: A review of punishment and its alternatives". -- Psychological Bulletin, 1978.
- Isaacs, W. Thomas J. and Goldiamond, I. "Aplicación del Condicionamiento Operante para reinstalar conducta verbal en Psicóticos". Journal of Speech and Hearing Disorders. 1960, 25, -- 8-12.

- Judkins, J.D. "Overcorrection procedures with the Institutionalized retarded; An evaluative review". Mental Retardation - Bulletin, 1976, 4, 98-110.
- James, S.F., Lautman, L. y Kay, M., Screven, C.G. "Establishment of nondelusional responses in socially withdrawn schizophrenic". Journal of Applied Behavior Analysis, 1978, 11, 433
- Kazdin, A.E. and Bellak, A.S., Hersen M. "New Perspectives in Abnormal Psychology". New York: Oxfford University press 1980
- Kale, R.J. Kaye, J.M. Whelam, P.A. and Hopkins. "The effects of reinforcement on the modification maintenance and generalization of social responses of mental patients", Journal of --- Applied Behavior Analysis. 1968, 1, 307-314.
- Leon Braier "Diccionario Enciclopédico de Ciencias Médicas" - Editorial Panamericana. Tercera Edición. Buernos Aires, Argentina, 1968.
- Liberman, Robert Paul. "A Review of Paul and Lentz's Psychological treatment for Chronic Mental Patients: Milieu versus social-Learning programs". Journal of Applied Behavior Analysis, 1980, 13, 367-371.
- Lindsley O. "Reduction in rate of vocal psychotic symptoms by differential positive reinforcement". Journal of Experimental Analysis of Behavior, 1959, 2, 269.
- Liberman, R.P., Teigen, J., Patterson, R. and Baker, V. "Reducing delusional speech in chronic paranoid schizophrenic".- Journal of Applied Behavior Analysis. 1973, 6, 57-64.

- Mc Graw-Hill. Encyclopedia of Science and Technology" Vol. 4--
Philippines Copyright, Mc Graw-Hill, 1960, 1966, 1971, pag. -
66.
- Margaret Wulbert, Barry A. Nyman, David Snow, and Yvonne Owen
"The Efficacy of Stimulus fading and contingency Management -
in the treatment of elective Mutism: A case Study". Journal -
Applied Behavior Analysis, 1973, 6, 436-441.
- Matson, J.L. y Stephens, R.M. "Overcorrection of Aggressive -
Behavior in a chronic psychiatric patient". Behavior Modifica
tion, 1977, 1, 559-564.
- Mc-Reynolds, Leija V. "Application of timeout From positive -
reinforcement for increasing efficiency of speech training".
Journal of Applied Behavior Analysis. 1969. Vol. 2, 199-205.
- Michael, J. "Statistical inference for individual organism --
research: Some reactions to a suggestion by gentile. Roden, -
and Klein" Vol. 7, pag. 627, No. 4.
- Nelson, G.L. and Cone, J.D. "Multiple-Baseline analysis of a-
token economy for psychiatric inpatients". Journal of Applied
Behavior analysis. 1979, 12, 255-271.
- Patterson, R.L. and James, R.T. "Conditioning and posthospi--
tal generalization of Nondelusional responses in chronic pa--
tient". Journal of Applied Behavior Analysis. 1973, 6, 65-70.
- Paul, G.L. and Lentz, R.J. "Psychosocial treatment of och:oo--
nic mental patients. Milieu versus Social-Learning programs".
Cambridge: Harvard University Press. 1977. Massachusetts and-
London.

- Phillips, E.L., Phillips, E.A., Fixen, D. K., and Wolf, M. --
M. "The Teaching Family Handbook". Kansas University Press, -
1974.
- Porot Antoine. "Diccionario de Psiquiatría". Editorial Labor--
S.A. Tomo I. Tercera Edición. 1977. Barcelona, España.
- Pucheu, R. C. "Conceptos y alternativas para la rehabilita---
ción del enfermo mental". Revista de Salud Mental. 1981, 3 --
4-12.
- Quiroga, A.H. "La rehabilitación del paciente mental crónico--
hospitalizado; Descripción; Resultados y Perspectivas". Memo-
rias de la I Reunión sobre investigación y enseñanza del Ins-
tituto Mexicano de Psiquiatría. 1982.
- Quiroga, A.H., Rodríguez, B.M. Cárdenas, L.G., Vite, S.A., Ma
ta, M.A. y Molina, A. J. "Programas de tratamiento Psicosoci-
al para la rehabilitación del paciente mental crónico hospita
lizado en México: Descripción, Resultados y Perspectivas". --
Trabajo presentado en el XXIII Congreso Internacional de Psi-
cología. Celebrado del 2 al 7 de Septiembre de 1984, en el --
Puerto de Acapulco, Gro. México.
- Revusky, S.H. "Some statistical treatment compatible with in-
dividual organism Methodology". Journal of the Experimental -
Analysis of Behavior. 1967, 10, 319-330.
- Rickard, A. C., Digman, P. J. and Horner, R. F. "Verbal Mani-
pulatio in Psychotherapeutic Relationship" Journal of Clini--
cal Psychology. 1960, 16, 364-367.
- Ribes Iñesta Emilio. "Técnicas de Modificación de Conducta --
(su aplicación al retardo en el desarrollo)". Editorial Tri--
llas. 1976. México, D.F.

- Salzinger, K. "Experimental Manipulation of Verbal Behavior; A Review". Journal Genetic Psychology. 1959; 61, 65-95.
- Schraa, J. C., Lautman y Screven, C.G. "Increasing appropriate speech in a chronic schizophrenic". Journal of Applied Behavior Analysis. 1979, 12, 302.
- Smith, Milton G. "Estadística simplificada para Psicólogos y Educadores". El Manual Moderno. 1971, pag. 72-84.
- Sthal, J. R. and Leitemberg, H. "Behavior" treatment of the chronic mental patients". In H. Leitenberg (ed). Handbook of Behavior Modification. New York, Appleton Century Crofts, 1976.
- Ullmann, L. P. "Institution and out come: A comparative Study of Psychiatric Hospitals". New York, Pergamon Press. 1967.
- Ullmann, L.P. and Krasner, L. A. "Psychological approach to abnormal Behavior". 2d. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall, 1975.
- Ullmann, L. P. y Krasner, L. A. "Case studies in behavior modification". New York; Holt Rinehart, Winston. 1965.
- Wahler, R. G. "Setting Generality: Some specific and general effects of child behavior therapy". Journal of Applied Behavior Analysis. 1969, 2, 239-246.
- Wersberg, R., Passman, R. y James E. "Development of Verbal Control Over Bizarre Gestures of Retardate through Imitative and non imitative Reinforcement Procedure". Journal of Applied Behavior Analysis. 1973, 6, 487-495.

- White, G. D., Nielsen, G. y Johnson, G. M. "Timeout duration- and the suppression of deviant behavior in children". Journal of Applied Behavior Analysis. 1972, 5, 111-120.

- Wing; J. K., Brown, C. "Institutionalism and schizopremia; - A Comparative study of the mental hospitals". Cambridg. Uni--versity Press. 1970.

- Wineco, J. P., Leitemberg, H. and Agras, S. "The effects of - token reinforcement and feedback on the delusional verbal behavior of chronic paranoid schizophrenics". Journal of Applied Behavior Analysis. 1972, vol. 5. 247-262.