



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
PLANTEL IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

"LA ASERTIVIDAD, REFORZAMIENTO Y LA
EXTINCION APLICADAS POR ENFERMERAS
EN UNA AREA MEDICA".

001
31921
C2
1985-2

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N

CAMARGO BARRERA JOSE LUIS

ISLAS CUEVAS VICTOR GERMAN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



NOVIEMBRE

1985



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.

A G R A D E C I M I E N T O S :

A TODOS NUESTROS MAESTROS QUE NOS
BRINDARON SU APOYO Y ENSEÑANZAS -
A LO LARGO DE NUESTRA FORMACION -
PROFESIONAL.

A LOS PROFESORES:

VICTOR SERRANO

EDUARDO PEÑALOSA

ESTELA DEL VALLE

POR SU ASESORIA, CONDUCCION,
CRITICAS Y TIEMPO PROPORCIO-
NADO A LA REVISION DE ESTE -
TRABAJO.

G R A C I A S .

A G R A D E C I M I E N T O S :

A QUIENES CON SU SENTIDO HUMANO Y
CONOCIMIENTOS, APOYARON Y CONTRI-
BUYERON A LA REALIZACION DE LA -
PRESENTE TESIS.

A TODOS ELLOS.

G R A C I A S .

A LA DOCTORA ADALIA F. LEE RAMOS
POR LA AUTORIZACION QUE NOS DIO-
PARA APLICAR ESTE TRABAJO EN EL-
CENTRO MEDICO LA RAZA.

AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL -
HOSPITAL DE INFECTOLOGIA DEL -
CENTRO MEDICO LA RAZA.

NOVIEMBRE

1985

DEDICATORIAS:

A MIS PADRES:

JOSE GUADALUPE Y MARIA GUADALUPE

Con inmenso cariño y respeto y en reconocimiento a sus sacrificios- y dedicación que siempre me brindaron.

A MI ESPOSA:

MARY

Por su comprensión, respeto y cariño.

A MIS HIJOS QUE SON CAPULLO:

MARIA ETZELY POR SU DULZURA

JOSE LUIS: POR SU INQUIETUD Y VIVACIDAD.

JOSE LUIS

A MIS HERMANOS:

RUL, FIDEL, TERE, CARMEN, JORGE,
CELIA Y CONCHITA.

Partes importantes de mi vida -
que confiaron en mi y me ayuda -
ron a alcanzar todas mis metas -
para ellos mi gratitud.

A MIS SOBRINOS:

Como un estímulo a su superación
personal.

JOSE LUIS

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

ZENON Y MA. ANTONIETA

Con un profundo sentimiento de cariño y respeto agradezco la oportunidad que me han brindado al apoyarme con su dedicación y esfuerzos para mi realización como ser humano y profesionalista.

A MIS SUEGROS:

LUIS Y GUADALUPE

Figuras motivacionales agradezco con todo cariño su apoyo para la realización de la presente tesis.

A MI ESPOSA:

MARICELA

Agradezco su paciente espera y motivación para la realización de la presente tesis.

VICTOR

A MI HIJA

CLAUDIA VIANNEY

Que ha sido uno de los factores
motivacionales más importantes-
en la superación de mi vida pro
fesional, dedico con todo mi -
amor la presente tesis.

A MIS HERMANOS:

Que con su apoyo y motivación-
han hecho posible la realiza -
ción de la presente tesis.

A MIS AMIGOS Y JEFES DE TRABAJO:

Agradezco su interés, comprensión y -
apoyo para la realización de la pre -
sente tesis.

VICTOR.

I N D I C E  1000560

INTRODUCCION.....	1
LA PSICOLOGIA COMO CIENCIA.....	6
ADQUISICION DE CONDUCTAS.....	13
MANTENIMIENTO DE CONDUCTAS.....	14
REDUCCION DE CONDUCTAS.....	16
DESPROFESIONALIZACION.....	20
DIFERENTES AREAS DE LA PSICOLOGIA.....	27
MEDICINA CONDUCTUAL.....	30
CONDUCTA ASERTIVA.....	39
COMPONENTES DE LA CONDUCTA ASERTIVA.....	45
METODO (Propósito, objetivo general y objetivos específicos).....	49
SUJETOS Y DISEÑO.....	50
PROCEDIMIENTO.....	51
MATERIAL Y AMBIENTE EXPERIMENTAL.....	53
PAQUETE DE ENTRENAMIENTO.....	57
GUIA DE SESIONES ESTRUCTURADAS.....	65
SESION I	
A) EJERCICIOS DE INTRODUCCION.....	66
B) TOPICOS FUTILES.....	69
SESION II	
C) DAR Y RECIBIR CUMPLIDOS.....	73
D) EJERCICIOS DE SI Y NO.....	76
SESION III	
E) EJERCICIOS DE DISCRIMINACION DE CONDUCTA ASERTIVA.....	78
F) IDENTIFICANDO DERECHOS PERSONALES Y ACEPTANDOLOS.....	82

SESION IV

G) EJERCICIO DE TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.....	86
H) HACIENDO DEMANDAS Y REHUSANDOLAS.....	88

SESION V

I) ENFRENTANDOSE A PERSONAS PERSISTENTES.....	95
J) HACIENDO AFIRMACIONES SIN EXPLICACIONES....	100
RESULTADOS.....	105
GRAFICAS.....	108
ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS.....	110
PRUEBA "T".....	114
DISCUSION.....	116
CONCLUSIONES.....	119
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS PRE-TEST.....	123
INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS POST-TEST.....	127
HOJA DE RESPUESTAS.....	130
AUTOREPORTES.....	132
ANEXOS.....	137
BIBLIOGRAFIA.....	140

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

La ciencia en general puede ser definida como la búsqueda de consistencias en la variación de fenómenos naturales y el criterio primordial de un descubrimiento científico es su repetitividad. (Young y Veldman 1977)

La necesidad de demostrar repetidamente una consistencia, conduce directamente a un segundo aspecto fundamental del trabajo científico. Los procedimientos y resultados científicos deberán ser comunicados con un alto grado de objetividad, para que otro investigador pueda en caso de intentar una replica, realizar las operaciones necesarias para reunir datos de la misma manera que lo realizó el investigador original y así comparar los hallazgos obtenidos previamente. En la ciencia, una comunicación ambigua o subjetiva puede ser peor que ninguna comunicación.

En la Psicología como ciencia de la conducta de los organismos, en la búsqueda de esas consistencias de los fenómenos naturales se ha pasado por muchas etapas tanto de la construcción de teorías que expliquen el comportamiento humano como en la obtención de leyes que sustenten esas teorías.

En el presente trabajo hacemos una breve revisión de cómo se ha desarrollado la Psicología como ciencia, cuáles son sus fundamentos actuales y cómo se han aplicado las técnicas obtenidas de este desarrollo en el aspecto clínico, que es el que nos ocupa. Se revisa cómo el Psicoanálisis durante la primera mitad-

del presente siglo fue la técnica clínica más utilizada en la terapia de trastornos "mentales" y cómo desde la década de los cincuentas hasta la fecha ha tomado auge una nueva teoría para la explicación de la conducta humana que objetivamente realiza análisis, control, medición y comunicación de resultados en el conocimiento de la conducta, que consideramos es el objeto de estudio propiamente dicho de una ciencia psicológica. Vemos como el Psicólogo B.F. SKINNER, que es el mayor representante de esa nueva teoría desarrollada con experimentos de laboratorio, crea una descripción de la conducta mediante la relación del organismo con su medio, y cómo propone una "triple relación de contingencia" como base teórica para el desarrollo de nuevas técnicas para el conocimiento y control de la conducta humana, y cómo la aplicación práctica de esas técnicas busca establecer tres efectos fundamentales que son: establecimiento, mantenimiento, y reducción de la probabilidad de aparición de la conducta humana.

Mencionamos cómo se ha desarrollado la aplicación práctica de esas técnicas en áreas tan importantes como son la escuela, el hogar y los hospitales, y cómo se ha ido presentando un proceso de desprofesionalización con el objeto de brindarle a un mayor número de gente los beneficios que se obtienen en la utilización de la Psicología para la solución de problemas conductuales.

Por último, vemos cómo recientemente se han descubierto nuevas aplicaciones de la Psicología Experimental a la práctica-médica, o más específicamente, cómo las técnicas de la terapia de la conducta o la modificación conductual pueden ser usadas para facilitar el cuidado de la salud en general. La Medicina Con

ductual (M.C.) es el uso del conocimiento psicológico para el en tendimiento de la salud médica y el uso de sus técnicas para - ayudar a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para su rehabilitación.

Pero hasta el momento, los médicos y otros terapeutas - clínicos en México, emplean muy poco estos métodos, aunque el - uso efectivo de las técnicas conductuales orientadas hacia el - tratamiento de problemas de la salud han sido practicadas y han- demostrado su efectividad en países desarrollados en trabajos - con: niños retardados (WHITNEY, 1966), salud pública (POMERLAU, BASS, CROWN, Pediatría (COYNE, PETERSON Y PETERSON 1968), etc. - Tales tratamientos toman en cuenta consideraciones prácticas como el tiempo, el personal y limitaciones de equipo además de involucrar activamente al paciente en su tratamiento, la educación conductual del personal de la clínica y la relación familiar hacia la participación a la solución del problema.

Hacemos notar mediante una breve revisión, cómo el entre namiento asertivo ha sido una de las principales técnicas utilizadas para ayudar en aspectos tan importantes como la motiva - - ción, depresión, ansiedad, la tolerancia al dolor, cómo aprender a seguir y dar instrucciones, etc. Y cómo este entrenamiento ha sido combinado con técnicas operantes para optimizar aún más los resultados, como ejemplo podemos mencionar los trabajos realizados por (MC. FALL Y BRIDGES, 1971) (RICH Y SHOADER E. 1978) y - (TROVVER, KRYSEA, YARDLEY Y PHYLLIS 1978). Una vez revisada la - importancia de aspectos tales como la utilización de las técni -

cas operantes y del entrenamiento asertivo combinadas con la utilización de los pacientes, familiares, trabajadores médicos, enfermeras y médicos en la participación activa (como paraprofesionales) en la solución de problemas médicos y en la cooperación, investigación y desarrollo de la nueva área de la Psicología conocida como Medicina Conductual.

Los autores de la presente tesis proponemos un trabajo - que abarque estas áreas como una manera de iniciar en México el desarrollo de esta nueva forma de aplicar los conocimientos psicológicos en la solución de problemas médicos. Así pues, el presente trabajo se realizó en el Hospital de Infectología del Centro Médico la Raza en el Instituto Mexicano del Seguro Social y consistió en proporcionar a las enfermeras un paquete de entrenamiento asertivo combinado con dos técnicas operantes (Reforzamiento y Extinción). El propósito del trabajo es ampliar el repertorio de las enfermeras con el conocimiento y la práctica de estas técnicas, para que puedan de una manera más efectiva reforzar o extinguir la conducta de los pacientes según sea el caso concreto y puedan pedir y dar información de manera asertiva.

Otro objetivo de trabajo, es probar el paquete de entrenamiento y observar si el orden de presentación es una variable importante en la obtención de resultados.

La decisión de llevar a cabo un trabajo de este tipo - no fue tomada al azar, sino que es una consecuencia lógica de las expectativas laborales, investigativas e institucionales que tenemos los que suscriben, ya que desempeñamos nuestras labores profesionales dentro de la institución; y además de observar los

resultados conductuales que tendría un entrenamiento de este tipo queremos encontrar soluciones prácticas y de fácil aplicación de los problemas de interacción personal que se pudieran presentar en la relación de las enfermeras - pacientes dentro del desempeño de las funciones diarias de su trabajo.

LA PSICOLOGIA COMO CIENCIA

El método científico se caracteriza por las definiciones operacionales, las formulaciones precisas de problemas y la reunión de datos en una forma sistemática, sus análisis y su interpretación rigurosa. Su objeto de estudio debe ser definido, observable, medible y cuantificable. La finalidad de toda ciencia es conocer y controlar su objeto de estudio para poder predecirlo y establecer leyes de comportamiento. Para nominar científicamente cualquier campo de interés hay que saber dar explicaciones válidas y predicciones que se cumplan. (Young 1977).

Como todo lo que nos rodea en el mundo moderno, el enfoque de las corrientes de Psicología están sufriendo un cambio drástico. Las ciencias de la conducta humana se han fragmentado en divisiones y subdivisiones de manera que cada grupo incluye su propia filosofía, sus axiomas y sus técnicas. Los campos en que se ha desarrollado la psicología desde 1879 (Fecha en que -- WILHEM WUNDT fundó el primer laboratorio formal para el estudio exclusivo de la Psicología) son muchos y muy variados; así por ejemplo: el campo de los tests ó medidas "Mentales" ha provisto conocimientos importantes para la educación y la selección ocupacional; la ingeniería conductual ha sido muy útil en el desarrollo de la industria y en el establecimiento e incremento de conductas en los obreros y en la educación de los ambientes para un mejor rendimiento.

Casí al mismo tiempo en que WUNDT estableció su laborato

rio, SIGMUND FREUD en Viena 1886 empezó la formulación de su teoría psicoanalítica y a interesarse en los problemas de la patología de histeria, aunque algunos artículos que publicó se relacionaron con investigaciones relativas a la teoría de la afasia y a los problemas de la localización de las funciones cerebrales. Según la opinión de los más ilustres neuropatólogos de la época esos trabajos revelan una notable originalidad y una profunda cultura clínica de su autor. Después de 1886 Freud estudiaba la posibilidad de curar perturbaciones histericas por medio de la sugestión, para estos estudios se basó en las experiencias de BERNHEIM y LIEBEAULT. En 1891 junto con Breuer perfeccionó un modo especial de hipnoterapia (La denominada catarsis o purgamental) que expuso en estudios sobre la histeria, y en 1895 se propone efectuar una elaboración sistemática de la teoría psicoanalítica apoyado en la existencia de una topografía cerebral en tres niveles: Inconsciente, consciente y subconsciente, y una estructura psíquica de tres instancias ID, EGO y SUPEREGO. Bassin (1972) explica el psicoanálisis como "una sola tendencia dinámica: el antagonismo funcional de lo consciente o inconsciente y a la teoría de la represión como principal producto de ese antagonismo a la idea del simbolismo (de los sueños, de los actos fallidos y del lenguaje corporal) como principal medio de superación, por el inconsciente de las diversas prohibiciones que le impone la conciencia. El Psicoanálisis tuvo gran influencia en el campo de la medicina, tal dominación duró hasta la década de los cincuenta y principios de los sesenta del presente siglo en donde surge el análisis experimental de la conducta que inicia sus estudios en el laboratorio, tradicionalmente con animales creando leyes o principios generales de conducta para poder explicarla y estrapolarlas a la conducta humana, y con la psicología experimental surge la psicología como ciencia propiamente dicha y en donde el objeto de estudio es la conducta de los organismos -

y muy particularmente la del hombre, considerando la conducta - como lo que un organismo hace, ó de forma más rigurosa, lo que - otro organismo observa que hace (WATSON 1945); aunque es más - apropiado decir que la conducta es aquella parte del funciona - miento de un organismo que consiste en actuar o en relacionarse - con el mundo exterior, o como la definió SKINNER (1975) "Por con - ducta entiendo simplemente el movimiento de un organismo ó de - sus partes dentro de un marco de referencia suministrado por el - mismo organismo o por varios objetos externos o campos de fuerza. Es conveniente hablar de ella con la acción del organismo sobre - el mundo exterior".

El sistema descriptivo de una ciencia divide su objeto - de estudio en elementos que pueden ser claramente definidos y co - municados. La Psicología es la ciencia de la conducta de los - organismos; (SKINNER 1975); por lo tanto el objeto de estudio - de la Psicología es la conducta; Así la conducta como objeto de estudio de la psicología o la probabilidad de que una porción - dada de conducta ocurra en un momento determinado es un dato na - tural de una ciencia de la conducta y el análisis experimental - trata esa probabilidad en términos de frecuencia o de tasa de - respuestas, y se acepta a la conducta, considerándola como fun - ción de una serie de interacciones entre variables hereditarias - y ambientales, pero los determinantes genéticos heredados así co - mo las constitucionales no pueden estar bajo el control de los - científicos conductuales ni tampoco pueden estar sujetos a expe - rimentación directa actualmente. Por lo tanto, el ún co medio -- por el que es posible influir en la conducta humana se redu -

ce a los cambios que se hagan en el medio del sujeto. Para el estudio de la conducta los fenómenos importantes en el condicionamiento operante, son el estímulo que precede a la respuesta o los que resultan como consecuencia ambientales de esa conducta, por eso se dice que dicha conducta "opera" sobre el ambiente y manipulando esos estímulos es como ejerce control sobre la conducta en cuestión y el cometido de un análisis científico, consiste en explicar cómo la conducta de una persona, en cuanto a sistema físico se relaciona con las condiciones bajo las cuales vive el individuo. La tarea del análisis experimental de la conducta es describir todas las variables de las cuales es función la emisión de una respuesta.

SKINNER describe las relaciones existentes entre el estímulo y la respuesta. Para su explicación de la conducta considera al medio ambiente como flujos continuos que presentan paralelamente y se dividen en unidades discretas denominadas estímulos y respuestas respectivamente. Las líneas de ruptura son sólo un aspecto metodológico que permite determinar la relación existente entre ambos eventos; observa la correlación entre el estímulo y la respuesta, describiendo no únicamente los eventos, -- sino también las condiciones especiales de esta correlación, -- mencionando cómo la conducta que actúa sobre el ambiente para producir consecuencias (conducta operante) puede estudiarse controlando los ambientes de las que esas conductas específicas dependen, ya que el ambiente puede ser manipulado a voluntad.

Como se puede ver en el párrafo anterior, los procesos conductuales que se estudian en el análisis experimental, consisten generalmente en cambios de probabilidad (o de tasa de --

respuestas) "Contingencia de Reforzamiento" y éstas son una característica importante de las variables independientes que se estudian en dicho análisis.

La psicología científica no crea teorías o leyes y trata de demostrarlas en laboratorio, sino que al contrario en base a estudios de laboratorio y a los resultados obtenidos, se procede a la creación de leyes conductuales las que pueden ser llevadas a un ambiente natural y con cualquier clase de organismo viviente. La psicología experimental se refiere al uso del método experimental para el estudio de los procesos psicológicos. El método experimental consiste en someter un fenómeno o evento a ciertos estímulos y observar la reacción de éstos, en un ambiente sumamente controlado; así en la psicología actual y en base a rigurosos estudios de laboratorio con animales y hombres, se ha hecho una recolección de conocimientos -- que ha permitido extender los métodos o principios a un ambiente más allá del laboratorio; a un ambiente natural. El principio más simple del condicionamiento operante es: si una respuesta operante es seguida del reforzamiento, ocurre con mayor probabilidad cuando se presentan condiciones similares en lo futuro. En el análisis experimental de la conducta en animales inferiores, específicamente en la rata, se pueden registrar los cambios de frecuencia, mediante un simple dispositivo mecánico que genera una gráfica continua mientras responde el organismo, "se hacen visibles los procesos conductuales".

Por lo anterior, nos damos cuenta que el objeto de estudio de la psicología científica (la conducta) se puede conocer, observar y registrar adecuadamente, además de llegar a controlarla y predecirla.

El enfoque conductual del estudio de la conducta humana, dice Michael y Meyerson (1962) es un sistema sumamente técnico para que se base en las investigaciones realizadas en el laboratorio sobre los fenómenos, del condicionamiento, los cuales son adecuados para describir la conducta y especificar las condiciones bajo las que ésta se adquiere se mantiene y puede llegar a eliminarse". Por lo anterior podemos concluir que en el análisis experimental de la conducta humana cuando se han observado condiciones controladas en el laboratorio se puede más fácilmente reintegrarlas a un contexto más amplio en su ambiente y que la previsibilidad de la conducta humana se va logrando en base a las evidencias que arrojan estudios hechos por medio del uso del condicionamiento operante. Por lo tanto sólo el éxito de la investigación científica en busca de leyes de comportamiento utilizando análisis de laboratorio en base a la relación causa o efecto nos podrá llevar a la obtención del conocimiento, control y predicción de la conducta humana y como menciona Skinner (1953, SEC I) "El análisis de la conducta de un individuo es un problema de demostración científica que ha llegado a comprender razonablemente".

Por último podemos llegar al control de la conducta humana que es, como menciona ULRICH (1976) "La simple manipulación de las condiciones ambientales a las que un organismo se encuentra expuesto a fin de obtener un resultado conductual definido: producir una nueva conducta, mantener ó cambiar la tendencia del organismo a entregarse a una conducta común o eliminar una conducta conocida" y desarrollar una tecnología conductual, "arreglando el ambiente de un modo tal como para obte --

tener la conducta que se desea. O sea, la aplicación de las - leyes de comportamiento a problemas prácticos" (ULRICH, 1967).

Los principios del análisis conductual aplicado se han - desarrollado a partir del análisis experimental con sujetos, -- animales y humanos en condiciones de laboratorio altamente controlado y se basa en observación de tres cambios fundamentales: Un cambio en el medio físico en forma de objeto o acontecimiento, que influye en el organismo en forma de conducta observable y un cambio en el medio como consecuencia de dicha conducta.

El primer elemento de dicha relación (triple relación - de contingencia) es el estímulo que precede a la respuesta, este estímulo no la produce inevitablemente, solo aumenta su probabilidad y adquiere la propiedad de discriminar la ocasión de que una conducta vaya seguida de una consecuencia; es decir, es un estímulo discriminativo de la consecuencia. El segundo elemento de esta relación es la conducta o respuesta, que se define - siempre en términos físicos pero lo que más nos interesa de -- ella es cuán probable es que ocurra o no en el futuro, por eso se toma como medida básica de la conducta la tasa de respuesta - que es igual al número o frecuencia de respuestas por unidad -- de tiempo.

Este último elemento es el estímulo consecuencia de la - conducta. No se presenta simplemente en relación estrecha con - la conducta, sino que es indispensable que ocurra como conse - cuencia de la conducta que ha tenido lugar.

En base al análisis experimental aplicado se han desarrollado algunas de las técnicas básicas de psicología, las cuales en su aplicación buscan obtener tres efectos fundamentales en la conducta que son:

- a) Adquisición de conductas.
- b) Mantenimiento de conductas.
- c) Reducción de conductas.

Mencionaremos los más importantes procedimientos utilizados para lograr cada uno de estos objetivos.

I.- ADQUISICION DE CONDUCTAS

Para la adquisición de conductas el procedimiento más comúnmente usado por sus resultados altamente satisfactorios es el reforzamiento positivo, que consiste en administrar una consecuencia tan pronto se emite una conducta determinada y se distingue porque produce consistentemente un control en la probabilidad de emisión de esa conducta o sea que se presente con mayor frecuencia en lo futuro; otro procedimiento para la adquisición de conductas es el moldeamiento por aproximaciones sucesivas y consiste en definir operacionalmente la respuesta a la que queremos llegar. Una vez definida, se elige una respuesta más amplia que contenga la respuesta que hemos elegido o que tenga semejanza formal con ella, esta respuesta se refuerza consistentemente hasta que se presente con frecuencia y después se refuerza diferencialmente, restringiendo la amplitud de la respuesta hasta hacerla más parecida a la respuesta inicialmente deseada. El resultado del procedimiento es una - - -

respuesta muy diferente de la que iniciamos el moldeamiento y pasa a formar parte del repertorio conductual del sujeto.

Además de las dos técnicas anteriores también existe la técnica de reforzamiento negativo para la adquisición de conductas y consiste en el procedimiento mediante el cual se obtiene el aumento en la probabilidad de aparición de una respuesta como consecuencia de la omisión de un estímulo u objeto y es fundamental que la respuesta sea el medio a través del cual se retire o excluya aquél objeto o hecho. Por último tenemos la imitación que tiene tres aspectos importantes A) Similitud entre la conducta del Ss imitador y la del modelo, aunque no es necesario que las dos conductas sean IDENTICAS, es suficiente con que se parezcan B) La respuesta del sujeto ha de producirse inmediatamente después de la del modelo o luego de un intervalo muy breve de tiempo, pues de otra manera, no podrá considerarse como respuesta de imitación y C) La omisión de INSTRUCCIONES explícitas para que el sujeto imite la conducta, por medio de este procedimiento se puede adquirir una gran variedad de conductas sin necesidad de reforzamientos.

2.- MANTENIMIENTOS DE CONDUCTAS.

El propósito del uso de las técnicas para el mantenimiento de conductas, es que éstas se sigan emitiendo consistentemente en lo futuro en condiciones distintas bajo las cuales se estableció su adquisición. La principal técnica para el mante-

nimiento de conductas es el reforzamiento intermitente, que -- consiste en presentar el Reforzador de manera discontinua en-- donde no se refuerzan todos y cada una de las respuestas del - sujeto. Este tipo de reforzamiento puede basarse en el número - de respuestas o en el lapso de tiempo en que se emiten y en am - bos casos puede fijarse un criterio fijo o variable para su - administración. Así, tenemos cuatro tipos de programas de re - forzamiento intermitentes que son: A) Razón fija (RF) Razón Va - riable (RV) C) Intervalo fijo (IF) d) Intervalo Variable (IV) que pueden generar, mediante combinaciones de ellos, una gran - variedad de nuevos programas. Estos programas pueden ser mante - nidos con reforzamiento positivo o negativo.

En el control de estímulos se utilizan estímulos inicial - mente neutros que como consecuencia del hecho de estar siempre presentes cuando se presenta una respuesta, adquieren cierto - control sobre ella pues se ve reforzada siempre que esté pre - sente dicho estímulo y el Ss aprende a discriminar tal situa - ción, por lo tanto a este estímulo se le llama estímulo discrimi - nativo ante la presencia del cual la respuesta se ve reforza - da y está ausente cuando no se refuerza.

Cuando la posibilidad de aparición de una respuesta se -- ve afectada por la presencia del estímulo discriminativo, pode - mos decir que dicha conducta está bajo control de estímulo.

Reforzadores Condicionados. /

A los reforzadores naturales se les conoce como reforza-

dores incondicionados, cuando se establece un procedimiento mediante el cual se entrena a un sujeto a responder ante situaciones o estímulos que antes carecían de importancia para él, se dice que se están condicionando nuevos reforzadores; dicho procedimiento consiste en el apareamiento del estímulo que deseamos condicionar, precediendo al reforzador incondicionado las veces que sea necesario para que pueda sustituirlo y la conducta continúe manteniéndose sin disminuir sensiblemente su frecuencia.

3.- REDUCCION DE CONDUCTAS.

Cuando existe en el repertorio del sujeto conductas cuyas consecuencias son aversivas tanto para él, como para otros sujetos generalmente se busca reducir la probabilidad de aparición de tales conductas, existen gran variedad de procedimientos para la reducción de conductas pero sólo mencionaremos los más importantes que se ha destacado por sus resultados obtenidos. En primer lugar tenemos la extinción, que es el procedimiento mediante el cual se suprime la entrega del reforzamiento, suspendiendo las consecuencias que siguen a determinada conducta, la suspensión debe ser TOTAL y la consecuencia de tal suspensión es el decremento gradual de dicha conducta hasta llegar a probabilidades muy bajas de presentación.

El tiempo fuera del reforzamiento se utiliza cuando no podemos suspenderle el reforzamiento al sujeto, y queremos -- suprimir una conducta; el procedimiento es el siguiente: SIEMPRE QUE ES EMITIDA la conducta en cuestión, se retira al sujeto de LA SITUACION y el sujeto puede perder contacto con los Estímulos Discriminativos y REFORZADORES, como consecuencia de una conducta y el resultado de tal presentación en forma CONSISTENTE es el decremento en la probabilidad de aparición de esa conducta.

Otro procedimiento que se utiliza para la reducción de conductas es la presentación de Estímulos Aversivos Condicionantes (EAC), como consecuencia de la conducta a decrementar, los EAC, se obtienen mediante el apareamiento de un Estímulo neutroseguido por el estímulo punitivo PRESENTADOS como consecuencia de la conducta indeseada, tal apareamiento después de varias veces de presentación provocan que el EAC adquiera las propiedades del estímulo punitivo y su sola presentación posterior a la conducta en cuestión, decrementará la probabilidad de aparición de tal conducta.

En el reforzamiento de respuestas incompatibles o reforzamiento diferencial de otras respuestas (RDO), el procedimiento que se utiliza es muy sencillo pues consiste en reforzar respuestas que por su topografía o tiempo de presentación imposibilitan la presentación de la conducta indeseada, como consecuencia de dicho reforzamiento la conducta reforzada se incrementa y la indeseable tiende a decrementar a su probabilidad de aparición futura.

En el costo de respuestas o castigo negativo el factor-

fundamental es la posibilidad de retirarle el sujeto algún reforzador que obre en su poder como consecuencia de la emisión de determinada conducta esto ocasiona la reducción de la respuesta cuya consecuencia es la pérdida del reforzamiento.

Por último tenemos la saciedad que es el procedimiento mediante el cual se aumenta considerablemente la administración de Reforzador como consecuencia, y es igual a número de la PRESENTACION de la conducta hasta que se sacia al sujeto y el reforzador deja de funcionar como tal, presentándose de esta manera una reducción en la probabilidad de aparición futura de esa conducta en particular.

En la utilización de estas técnicas en un ambiente natural, para la solución de problemas conductuales, comúnmente se había utilizado al terapeuta psicológico como único agente capaz de conocer esos problemas y de aplicar un control de estímulos y de contingencias adecuado para obtener resultados satisfactorios; pero con el constante aumento de la población y el incremento de problemas conductuales en las grandes ciudades, se ha hecho necesaria una mayor difusión de estas técnicas en personas que antiguamente eran tomadas en cuenta; así por ejemplo, en la solución de problemas conductuales se han utilizado a los profesores, médicos, enfermeras y familiares del paciente para que participen más activamente en la solución de esos problemas y aún más en algunas clínicas se han utilizado a pacientes con problemas menos graves como dispensadores de contingencias para la solución de problemas conductuales en pacientes más graves.

Al presentarse todo este proceso de aumento de la población y de personas con problemas conductuales además de la utilización de terceras personas como mediadores de la relación - terapeuta paciente, se hizo necesaria una preparación académica elemental de las técnicas básicas de psicología en estas - personas para que tuvieran repertorios conductuales más desarrollados y pudieran aplicar ese control de estímulos y de contingencias de una manera adecuada aplicando una técnica de procedimientos científicos y con una consistencia y sistematización para obtener los resultados deseados en esos objetivos - planeados anteriormente (establecimiento, mantenimiento y de - cremento de la probabilidad de aparición de conductas específicas) Así, entonces empezó a presentarse un proceso de desprofesionalización en la ciencia psicológica; a continuación mencionaremos en la desprofesionalización y cuáles son las áreas - en las que se ha presentado tanto en la investigación como en la solución práctica de problemas conductuales, además mencionaremos algunos trabajos realizados en esas áreas.

DESPROFESIONALIZACION.

Podemos decir, en términos generales que la desprofesionalización en Psicología consiste en el entrenamiento de técnicas de modificación de conducta entre los no profesionales y para-profesionales, para que sean capaces de intervenir en problemas concernientes a la Psicología, sin necesidad del Psicólogo o con una supervisión mínima de éste, para el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos (especialmente en los países en vías de desarrollo, como los de América Latina y en particular México).

La importancia de este proceso de desprofesionalización queda enmarcada en los 4 aspectos que marcan VARELA Y SELIGSSON (ARTICULO ENEPI 19 ?). Que son " 1) La carencia de personal profesional, 2) Instituciones que no cuentan con el suficiente equipo, ni medios para realizar acciones tales como dispensar mecánicamente los reforzadores o bien de las "famosas" máquinas de enseñanza, 3) La existencia de una persona con grado ó título que es auxiliado por otra que no tiene tal "status", - 4) El uso de los mediadores va dirigido a ampliar eficazmente lo que los profesionales pueden hacer. Un supuesto implícito en lo anterior es que el profesional de la Psicología ha llegado a tener tal demanda que no se baste así mismo para realizar todas las actividades que se requieren en la solución de los casos y por lo tanto requiere de la existencia de ese agente mediador (Para profesional) que actuará bajo instrucciones claras y concretas del profesionista. Otro aspecto a obviar es que, es precisamente en el campo aplicado donde surge la -

necesidad de crear tales cuadros". Como podemos apreciar, en los anteriores puntos se busca encontrar la forma más económica y efectiva de abordar los problemas humanos en los países de escasos recursos económicos.

Es claro que si el profesional de la Psicología se basa en la relación uno a uno (Terapeuta-Paciente) el número de población que abarcará será mínimo y por lo tanto el número de personas que encontraran solución a su problema en comparación con el global de la población, será aún menor, pero haciendo uso de terceras personas como mediadores de esa relación, ese número irá aumentando gradualmente. Para ejemplificar lo anterior podemos mencionar lo siguiente: Si en una escuela primaria con alumnos con problemas en conducta y de aprendizaje el psicólogo detecta esos problemas y procede a tratar de solucionarlos individualmente, la cantidad de tiempo y de dinero que necesitará para abarcar todos los problemas de esa población en particular, será considerable, pero si se aboca a proporcionar entrenamiento de las técnicas básicas de Psicología en los profesores para que éstos aprendan a aplicar contingencias y establecer un control de estímulos adecuado; La población que abarcará aumentará muchísimo pues cada profesor asistirá a su grupo y no será necesaria la presencia diaria y continua del Psicólogo, sino tan solo un monitoreo esporádico determinado por los avances ó por el surgimiento de nuevos problemas en el grupo.

Como consecuencia de este entrenamiento se ganará en tiempo y en dinero y aumentará el número de personas que tengan acceso a este tipo de terapia y a la solución de su pro --

blema.

Las áreas en las que más se ha trabajado en el entrenamiento y uso de para-profesionales son: a) Centros de educación especial y rehabilitación, b) la escuela, c) el hogar, y en las tres áreas los para-profesionales más comúnmente utilizados son los maestros, padres y parientes más cercanos de los pacientes, así como de las enfermeras y aún con los compañeros con problemas menos graves.

Así, en las instalaciones de carácter hospitalario donde tradicionalmente el personal solo realizaba trabajos de custodia, se les ha cambiado estas labores, proporcionándoles un entrenamiento y control de contingencias para que sirvan de maestros y modelos de las conductas necesarias en los pacientes; aún más los pacientes son asignados a diferentes grupos de -- acuerdo con la similitud de deficiencias y en estos grupos se propone que "Los pacientes con deficiencias menores y en los que fuese posible establecer ciertas habilidades, o que conservasen algunas, podrían ser utilizadas como personal encargado de algunos aspectos de la programación o adiestramiento de pacientes con deficiencias más severas". (LOPEZ 1972).

Para ser utilizado como para-profesional en el aula, no es necesario que el ayudante cuente con una educación formal, puede ser alumno de preparatoria, universidad, un padre de familia ó cualquier otro hombre o mujer con una educación básica. Por ejemplo, en un interesante trabajo, THARP Y WETZEL (1969) adiestraron a un grupo de para-profesionales para que establecieran programas de cambio de la conducta en el ambiente natural de un niño, los sujetos tenían una educación media-

y el único entrenamiento que se les dió fué un seminario de -- tres semanas en el que se estudiaron conceptos conductuales - (BIJOU, BAER 1961) (BANDURA Y WALTERS 1963) (ULMMAN Y KRASNER - 1965). Los resultados en el cambio conductual de los alumnos-- fueron significativos.

En el área educativa como en la anterior, se han utilizado compañeros del paciente que sirven como mediadores del en - trenamiento. Por ejemplo: en el trabajo de (PATTERSON 1965); - en donde los compañeros de un niño "hiperactivo" funcionaron-- como mediadores para incrementar en él la respuesta de perma - necer en su asiento, reforzando con aplausos y aprobación so - cial, la conducta "blanco" del niño. (SURREAT, ULRICH, y HAWKINS 1969); hicieron que alumnos del quinto grado controlaban la conducta de estudio de cuatro alumnos de primer grado operando - un interruptor que regulaba cuatro luces.

Y en un trabajo realizado por WINNETT, RICHARDS, KRASNER y KRASNER (1970) unos niños controlaron la conducta de estudio de sus compañeros por medio de una economía de fichas.

Ulrich y sus colaboradores (ULRICH, LOUISELL y WOLFE - en prensa) han desarrollado el concepto de enseñanza PIRAMI -- DAL, en donde "los estudiantes graduados avanzados enseñan -- a los menos avanzados y estos a su vez dictan cursos introduc - torios a los principiantes" etc. Aquí se muestra que los ni -- ños pueden enseñar a otros niños.

Con lo que respecta al Hogar las conductas aprendidas -

dentro de la comunidad es más probable que se mantengan que las que fueron aprendidas en una situación experimental, Hawkins y otros (1966) han demostrado que es posible tratar problemas de conducta infantil usando padres como agentes terapéuticos y que esto puede hacerse en casa de los niños. CANTRELL y otros (1969) Han adaptado los procedimientos operantes para hacer contratos con los padres. En esos contratos se especifican las contingencias y los mismos padres son los encargados de administrarlas. Ryback y Staats (1970) enseñaron a algunos padres un procedimiento de reforzamiento con fichas para enseñar a leer a sus hijos.

Como procedimiento de mantenimiento de la conducta, se les ha dado un programa de entrenamiento en control de contingencias a los padres de los niños con problemas para que aprendan a mantener la conducta adecuada, aún cuando no hayan sido capaces de establecerla originalmente.

En resumen; nuestro tratamiento terapéutico debe enfocarse, "no a tratar al neurótico educado, relativamente acomodado" (SMITH Y HOBES, 1966) sino a resolver nuestro problema medular de salud mental, lo que justificaría nuestra representación en la comunidad, adiestrando a personas en las técnicas de modificación de conducta, desarrollando programas que tengan como finalidad proporcionar repertorios que exijan la participación social. Los diversos procedimientos en solución de problemas en las que han participado para-profesionales, pueden enmarcarse de una manera general en el trabajo de TEODOROAYLLON y PATRICIA WRIGHT "NUEVOS PAPELES PARA EL PARA-PROFESIO

NAL" EN (BIJOU YRIBES; 1972).

Otra de las áreas en que se han aplicado las técnicas - de modificación de conductas es el área hospitalaria y no necesariamente con niños con problemas de retardo en el desarrollo sino que también con pacientes adultos. Generalmente los problemas médicos y los psicológicos habían recibido tratamientos en forma independiente o por separado y no se habían tomado en cuenta los problemas y las situaciones conductuales que tienen lugar en la interacción Médico-pacientes. Desde la aparición - de la enfermedad, y el conocimiento de ella por parte del paciente, es indudable que sus repertorios conductuales empiezan a modificarse y cuando se ve expuesto a situaciones novedosas - para él, (como son la disminución de actividad por causa de la enfermedad, comunicación de esa enfermedad a sus familiares, - interacción personal en los miembros del Area Médica, tratamientos, etc), tiene que ampliar su repertorio conductual y de - sarrollar nuevas habilidades para enfrentarse a la solución de esos problemas conductuales.

Como podemos notar, la aparición de la enfermedad, su de - sarrollo y su tratamiento no son situaciones que se pueden ais - lar prácticamente de las situaciones interpersonales y conduc - tuales a las que se ve expuesto el paciente Médico en General.

Como consecuencia de esta situación Médica-conductual se hizo necesaria la aparición o desarrollo de una nueva forma de manejar el cuidado de la salud, que involucra la atención, cui - dado, tratamiento y rehabilitación tanto en la enfermedad como la conducta del paciente.

A esta nueva área de la Psicología que trabaja estrechamente relacionada con el área Médica se le ha denominado la -- Medicina Conductual y en el siguiente capítulo daremos una explicación general de sus aplicaciones más importantes en el - cuidado de la Salud.

DIFERENTES AREAS DE LA PSICOLOGIA.

En el desarrollo de la ciencia Psicológica, recientemente se han marcado varios campos de estudio así por ejemplo tenemos el Análisis Conductual Aplicado (A.C.A.), la Modificación de conducta (M.C.) y el Análisis Experimental de la Conducta (A.E.C.) cuyos límites tanto teóricos como prácticos no están bien definidos, pues no se ha llegado a establecer concretamente en donde termina uno y comienza otro, ó si alguno de ellos es un sub-campo que pertenece al área de estudio de un campo más grande, así por ejemplo: en algunos casos se ha establecido el (A.E.C.) como inicio teórico o punto de partida para el (A.C.A.) y llegar posteriormente a la (M.C.).

Aquí surge la pregunta de que si el A.C.A. y el M.C., son campos de estudio separados o iguales y si alguno de ellos abarca o contiene el otro o si el A.E.C. conduce a los dos anteriores etc., Ribes (1980) señala las diferencias entre Análisis Conductual Aplicado y la Modificación de Conducta en cuanto a sus efectos prácticos más que a sus fundamentos teóricos y discute los problemas fundamentales de la extrapolación de los principios del paradigma del condicionamiento operante al comportamiento humano mencionando que 1) el (A.E.C.) es el conocimiento de la conducta en base a estudios de laboratorio altamente controlados de donde se desarrollan los conceptos teóricos y las técnicas básicas del condicionamiento operante y la triple relación de contingencias 2) El Análisis Conductual Aplicado es un estudio de la aplicación práctica de los conceptos teóricos obtenidos en el laboratorio, pero poniendo espe -

cial interés en el análisis de las variables independientes de las que están en función las conductas de los organismos estudiados en dicha relación y se pone mayor énfasis en la investigación de las variables determinantes de los problemas de naturaleza aplicada más que a la aplicación misma a sus efectos. Y por último 3) Explica que en la Modificación de la Conducta por la predeterminación tecnológica del paradigma de la triple relación de contingencia se desplazó el interés de la investigación hacia los efectos de la aplicación más que a sus fundamentos y aquí se toman los hallazgos de los campos del condicionamiento operante ó el Análisis Conductual y se emplean en situaciones particulares, transformándose en una práctica profesional pragmática dirigida al logro de objetivos específicos, al margen de la fundamentación teórica y metodológica de los procedimientos empleados.

En el presente trabajo no trataremos de definir específicamente el campo de estudio de cada una de estas áreas ni de solucionar las cuestiones anteriormente de si el A.C.A., el A.E.C., y la M.C., pertenecen a un mismo campo de estudio, son excluyentes o complementarios o si algunos de ellos forman parte de otro. Lo que nos interesa destacar es que cada uno de estos campos han contribuído juntos o separados al desarrollo de la Psicología aplicada. Aclarando que se emplean las técnicas multidisciplinarias de la medicina conductual, sin dejar de reconocer los problemas teóricos que tiene y que mencionamos en los siguientes párrafos.

Además de las disciplinas aplicadas de la ciencia psico-

lógica que se mencionaron anteriormente: a) Análisis Conductual-Aplicado, b) Modificación de Conducta, recientemente se ha desarrollado una nueva área multidisciplinaria que combina la aplicación de los principios operantes obtenidos en base a un Análisis Experimental de Conducta. Esta nueva área de aplicación, es la Medicina Conductual, de la cual mencionaremos sus aspectos más importantes en el siguiente capítulo.

MEDICINA CONDUCTUAL.

① La medicina conductual busca la solución de problemas de salud, vinculados con la conducta del paciente. Esto pudiera parecer sencillo, pues a simple vista un paciente con problemas de salud no deja por esto de emitir conductas y estas a su vez de estar interrelacionadas con esos problemas de salud, esta idea de relacionar los problemas de salud con variables conductuales no es nueva pero ha variado desde sus inicios fundamentados en los conceptos teóricos del marco psicoanalítico - en donde los "conflictos inconscientes no resueltos son los responsables de varios estados de enfermedad". (WEISS, 1979, - PIX).

✓ Hasta llegar al campo del Análisis Experimental de la Conducta de donde se desarrollan nuevas formas de ver esta relación así por ejemplo la retroalimentación Biológica fue inicialmente tomada como sinónimo de Medicina Conductual (BIRK, - 1973, P.1.) aproximación que deriva del condicionamiento operante POMERLAW y BRADY (1970) Proponen una ampliación de esta teoría enmarcándola no solamente dentro de la retroalimentación Biológica sino como "El uso clínico de técnicas derivadas del Análisis Experimental de la Conducta, terapia conductual-- y Modificación de la Conducta para la evaluación, prevención, - manejo y tratamiento de la enfermedad física o la disfunción-- fisiológica; y la conducción de investigación contribuyente al análisis funcional y la comprensión de la conducta asociada -- con desordenes médicos y problemas en el cuidado de la salud - (POMERLAW Y BRADY, 1979, P. XII).

A diferencia del punto de vista meramente conductista,-- SCHWARTZ y MEISS (1978 b) proponen una visión más integral y dicen que la M.C. es el "campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las técnicas biomédicas y conductuales relevantes a la salud y la enfermedad y a la aplicación de este conocimiento y de técnicas a la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" CITADA EN GENTRY (1982).

Por otro lado, RACHMAN y PHILLIAS (1980) ubican a la M.C., ya no como una rama de la Modificación de la Conducta, sino como una rama de la medicina y que la psicología médica es entendida como "todas las aplicaciones de la psicología anormal y normal a la medicina".

Incluso se ha hablado (MATARAZZO, 1980) de una sub-área de la M.C. denominada "salud conductual" que contempla la responsabilidad en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad haciendo énfasis en el control de la conducta relacionada con las enfermedades.

Por último se nos hace importante mencionar las conclusiones a las que llegó PEÑALOSA (1984) en su estudio sobre la definición de medicina conductual en donde "se presentan un continuo de posturas que se mueven entre aquéllas que se definen como conductistas (BIRK, 1973; POMERLAW, y BRANDY, 1979);- las que se plantean como interdisciplinarias (SCHWARTZ Y WEISS, 1978); las que se inclinan más al lado médico (BRADLEY Y PROLOV, 1981); las que incluso consideran que la medicina conduc-

tual es parte de la medicina (RACHMAN y PHILLIPS, 1980) o las que se concretan a lo metodológico (STREUFERT Y STREUFERT, 1982; PROKOV Y BRADLEY, 1981)".

Desafortunadamente como BRADY (1973) ha mencionado, hay muy pocas oportunidades de aprender sobre los principios conductuales en muchas de las escuelas de medicina y programas de residencias, y mucho menos cómo esos procedimientos (Desensibilización Sistemática, moldeamiento, economía de fichas, programas de reforzamiento, etc.), pueden ser utilizados y aplicados directamente en su trabajo. Y si el curriculum escolar médico y de enfermeras no incluye la teoría y la práctica de las bases científicas de la explicación de la conducta, tampoco el personal que trabaja con ellos, como son los camilleros, aux., de enfermería, familiares de los pacientes, etc; podrá tener acceso a estos conocimientos y es por eso que todas las cadenas conductuales son rutinariamente dejadas a un lado por los médicos y el personal médico, o no son tomadas en cuenta y tratadas con la aplicación de una tecnología científica. Pero ahora tenemos que hacer notar la importancia de esos estados conductuales en cada una de las etapas de la enfermedad y de su tratamiento.

Actualmente, en las intervenciones conductuales de la Psicología Médica, requiere que el paciente participe más activamente en su propio tratamiento. Los nuevos tratamientos psicológicos como la retroalimentación requiere una gran inversión de recursos por parte del paciente, La mutua cooperación entre el médico y el paciente es necesaria para una mayor in -

formación de la enfermedad, su funcionamiento, y las conductas involucradas para un mejor y óptimo cuidado de la salud y en algunos casos, como en los atletas olímpicos que han perfeccionado las respuestas de su deporte en base a un control de sus sistemas viscerales, tal control es establecido por medio de la Medicina Conductual. (M.C.).

La Medicina Conductual es una nueva perspectiva en el tratamiento cuidado de la salud y entre la relación Médico-Paciente, es una disciplina que representa una intersección entre la ciencia de la Conducta con la Ciencia y la práctica de la Medicina. Esto incluye ciencias como Sociología, Fisiología, Educación, Psicofisiología y otros subcampos que tienen relevancia en el conocimiento, actual y potencial y que pueden ayudar al cuidado de la salud y la prevención de enfermedades.

✓ La evolución conductual y comportamiento verbal son factores muy importantes que se deben tomar en cuenta para la selección del tratamiento y hay que hacer notar la importancia de controlar otros factores que pueden contribuir inadvertidamente a la efectividad del tratamiento, tales como la edad, el sexo, y los niveles socio económicos y educacionales de los pacientes.

✓ La terapia conductual intenta modificar los síntomas corrientes que interfieren en el funcionamiento adaptativo individual y menciona que tanto los factores genéticos como los medioambientales son importantes para la determinación de una conducta anormal.

Otros factores que pueden influir en la recuperación del paciente en sus patrones conductuales de sueño, vigilia, alimentación, mal funcionamiento intestinal, etc., y los terapeutas conductuales pueden ayudar a modificar esos hábitos para unos patrones de conducta nuevos y mejor adaptivos.

Además de que un gran rango de enfermedades pueden ser tratadas exclusivamente con terapia conductual como son la anorexia nerviosa, dolores de cabeza, tics musculares, disfunciones sexuales y problemas obsesivo-compulsivos que han sido solucionados mediante programas de relajación y programas de aplicación de contingencias. El manejo del paciente, manejo de dolor y el manejo pediátrico son otras de las áreas en que tienen oportunidad de desarrollarse la M.C. por ejemplo Wright - en (1975) demostró que todos los niños involucrados medicamente necesitan terapia conductual pues sus problemas emocionales no pueden ser ignorados, en primera instancia la hospitalización por si misma puede aislar al paciente y reducir la oportunidad de tener relaciones sociales apropiadas e incluyen problemas de desarrollo tales como fobias infantiles, hiperactividad falta de cooperación, conductas agresivas, etc. Además de los pacientes con problemas médicos, la medicina conductual involucrada en la intervención de terceras personas para la solución de problemas clínicos, dentistas, especialistas en rehabilitación, etc. Aquí es donde puede ser utilizada la Psicología médica dentro de este contexto de tratamiento médico. Por ejemplo los trabajos de (GAMBRILL 1977); (KATZ, y ZLUTNICK, 1975); (KNAPP Y PETERSON, 1976); (WILLIAMS Y GENTRY, 1977). En donde se muestran las diferentes contribuciones que ha hecho -

La Ciencia Conductual en las diversas áreas de la comunicación Médico-Paciente.

Además otros psicólogos han usado la Medicina Conductual para prevenir problemas tales como la obesidad (Wilson, 1978), el uso del cigarro (Brenzelman 1978), (Mc Fall 1978) adicción a las drogas (Nathan y Lansky 1978) higiene bucal (Evans, Roze lle, Lasseter y Allen, 1970) recibir vacunas (Leventhal, Singer y Jones 1965). Alexander (1972) uso retroalimentación para aumentar la facilidad respiratoria y decrementar la tensión muscular en niños asmáticos, dándoles información respecto a sus respuestas psicológicas. El papel de los factores medio ambientales en el desarrollo y mantenimiento del asma fue ilustrado claramente en la reducción del número de resuellos ruidos hechos por los niños a la hora de acostarse con la sola instrucción que se le dió a los padres de ignorar consistentemente tales episodios de respiraciones ruidosas en los niños (NEISWORTH Y MOORE, 1972). En muchos casos son los padres los que necesitan asistencia en la implementación de dietas especiales en los niños, ejercicios y horarios de medicación.

Una gran variedad de procedimientos operantes han sido usados para controlar actividades de origen orgánico y no orgánicos. LLUTNICK MAYVILLE Y MOFFAT (1975) redujeron la presentación de ataques nerviosos en sus pacientes mediante la aplicación de choques eléctricos ó grandes ruidos aplicados contingentemente al inicio de tal respuesta. Grandes resultados se han obtenido en la modificación conductual de pacientes hospitalizados por medio de la economía de fichas en los reportes--

hechos por HERSEN y BELLACK (1977), KASDIN (1975), STAHL y LEITENBERG (1976).

Así por ejemplo en un caso de severa falta de control -- fecal (Engel, Nikoomanesh y Schuster, 1984) el paciente aprendió a defecar por medio de una retroalimentación de su actividad fecal proporcionada por un monitor, similarmente, Patel (1976) usó relajación de la presión sanguínea en pacientes con hipertensión.

La M.C. difiere importantemente del punto de vista que dice que la Medicina y la Psicología Médica son dos disciplinas completamente separadas, ahora, se han desarrollado nuevas formas de ver a los pacientes en donde como menciona MELAMED (1979) "La psicología experimental es potencialmente uno de los pilares científicos de la Medicina General Moderna junto con sus disciplinas hermanas-fisiología, anatomía y farmacología".

La terapia Conductual es más económica que las terapias tradicionales y puede ser aprendida por para-profesionales incluyendo familiares, maestros y auxiliares de enfermería, además del personal dental ya que para la aplicación práctica de sus procedimientos no se requiere una extensiva educación científica y puede ser aprendida en pequeños períodos de tiempo.

Por lo tanto es muy posible que la terapia de la conducta puede ser más efectiva en Medicina general que lo que fueron los tratamientos de las enfermedades mentales por medio --

psicoanalíticos.

Como hemos visto, uno de los principales problemas con los que se han enfrentado los médicos al tratar las enfermedades, es el de ignorar totalmente los procesos conductuales que intervienen en esta relación, además de la falta de habilidades por parte de los pacientes para seguir instrucciones y pedir y dar información. Además, con el establecimiento inadecuado de esta relación, se están condicionando respuestas inadaptativas en los pacientes, pues se les refuerza con la atención del Médico, el cuidado de las enfermeras y de los familiares, etc., conductas tales como la agresión, no cooperatividad, aislamiento, ansiedad, etc. Generalmente uno de los procedimientos que se ha utilizado para implementar en las personas de habilidades sociales e interpersonales es el Entrenamiento Asertivo (E.A.) que como veremos más adelante, en un procedimiento mediante el cual se incrementa en las personas el uso de las habilidades sociales y de las relaciones interpersonales de una manera más positiva.

Se dice que se incrementan las conductas sociales en los sujetos, pues generalmente se emiten en presencia de otras personas, como pueden ser las conductas sociales verbales y no verbales, que se emiten para reclamar sus derechos sin agresión ni pasividad, seguir y dar instrucciones, etc. Es claro que si debemos incrementar la relación Médico-Paciente, de una manera positiva, tenemos que establecer o incrementar esas conductas interpersonales; A continuación veremos qué es, más ampliamente, la conducta asertiva, desde su marco teórico y su aplicación práctica que es la que nos interesa, pues la vamos-

a incluir en el paquete de entrenamiento que proporcionaremos a las enfermeras en una Institución Clínica como primer paso - para establecer una comunicación más exitosa, en la relación - Enfermera-Paciente el cual es uno de los objetivos del presente trabajo.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

39

CONDUCTA ASERTIVA

El Doctor Joseph Wolpe, Director de la Unidad Terapéutica en la Universidad de Temple, define a la conducta asertiva como "La expresión adecuada de cualquier emoción que no sea la ansiedad, hacia otra persona. El propósito del Doctor Wolpe consiste en reducir las ansiedades y temores interpersonales que le impiden hacer cosas, y lo llevan a cabo mediante la aplicación técnica de su principio de "Inhibición Recíproca" este principio declara "Si se puede provocar una respuesta Inhibitoria de ansiedad, éste debilitará el lazo entre dichos estímulos y la ansiedad" (Wolpe 1958).

IZT. 1000560

Así en el tratamiento de asertividad Wolpe enseña a sus pacientes a responder a situaciones sociales con agresión afectiva a cualquier emoción que inhibe o contrarresta la ansiedad.

Desde el punto del Doctor Arnold Lazarus. Catedrático de Psicología de la Universidad de Rutgers destaca su concepto de la "Libertad Emocional" como el rendimiento y expresión adecuada de todos y cada uno de los estados afectivos. La conducta asertiva emerge como ese aspecto de la "Libertad Emocional" que se refiere a la defensa de sus propios derechos esto supone: 1) Conocer sus derechos 2) hacer algo al respecto, 3) hacerlo dentro del marco de la lucha por la "Libertad Emocional", El Dr. Lazarus cree también que parte del reconocimiento de los derechos de los demás y el respeto a los mismos. Como hemos visto estos tres autores han puesto las perspectivas pa

ra los conceptos que se han venido utilizando, aunque desde 1958 se han enriquecido este tipo de estudios se afirma que el entrenamiento asertivo es aplicable predominantemente al desconocimiento de hábitos de respuesta de ansiedad Inadaptativa se presentan como respuesta ante la gente con la cuál -- el sujeto interactúa. Hace uso de las emociones inhibidoras de la respuesta de ansiedad que provocan en él las situaciones de la vida diaria. *

Un gran número de emociones principalmente las reforzantes parecen implicar acontecimientos corporales que compiten con la respuesta de ansiedad (Wolpe 1958).

La conducta asertiva se ha definido como "La expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad".

Desde que Lesckke (1943) hizo su primer estudio, ha habido relativamente pocas investigaciones Psicofisiológicas sobre las interrelaciones existentes entre los diversos estados emocionales. Arnold (1945) reunió las evidencias de antagonismo fisiológico entre la ira y la ansiedad.

Ax (1956) expresó sus dudas al respecto, aunque sus propios datos apoyaban en cierta medida tal hipótesis.

Más tarde Arnold (1950) recolectó datos que lo apoyaban aún más.

Son numerosas las situaciones en las que la conducta -

aquellas personas que 41

asertiva es el instrumento terapéutico adecuado. En casi todos los casos se ha encontrado que el paciente se inhibe en la ejecución de una conducta "Normal" debido a un miedo neurótico. Debe notarse que las respuestas de ansiedad interpersonales llevan a veces a las conductas socialmente aceptadas por respuestas inadaptativas.

"Las intervenciones del terapeuta están dirigidas a aumentar todos los impulsos que lleven a la provocación de las respuestas inhibidas en espera de que con cada instigación habrá, recíprocamente una inhibición de la respuesta de ansiedad, lo cual dará como resultado algún grado de debilitamiento del hábito de la respuesta de ansiedad" Wolpe (1958) investigó que si la conducta motora es reforzada por sus consecuencias sociales-- favorece controlar una situación social, la reducción de la respuesta de ansiedad y la posterior aprobación del terapeuta. De modo que el contra condicionamiento operante del acto motor ocurre en forma simultánea, facilitándose mutuamente.

* El condicionamiento operante de la conducta asertiva se emplea por sí sólo con cierta gente que carece de aquello, NO debido a la respuesta de ansiedad, sino porque simplemente no ha adquirido las habilidades motoras adecuadas para ciertas situaciones sociales.

Como todos los demás métodos sobre terapia de la conducta el entrenamiento asertivo se aplica en situaciones específicas en las que hay evidencias necesarias.

* A (Algunos pacientes no son asertivos en una gama muy amplia de interacciones, y para éstos es descriptivamente adecuada la apelación de Salter (1949) de "Personalidad Inhibitoria". En estos casos cualquier interacción social puede ser conveniente para un entrenamiento asertivo.)

Como podemos notar, el entrenamiento asertivo lo podemos dividir en su fundamento teórico y su aplicación práctica. En el primer punto se explican desde inhibiciones neuronales a nivel proceso cerebral hasta las conductas de ansiedad que son incompatibles con las respuestas asertivas y supuestamente incrementando las respuestas asertivas habrá una inhibición de la ansiedad lo cual da como resultado un debilitamiento del hábito de las respuestas de ansiedad.

A nosotros lo que nos interesa es la segunda parte o sea la aplicación práctica del entrenamiento asertivo o el proceso mediante el cuál una serie de conductas (asertivas) pasan a formar parte del repertorio conductual del sujeto o sea es importante reducir las respuestas de ansiedad, pero consideramos más importante el contracondicionamiento operante de la conducta asertiva en aquellos sujetos que no han adquirido estas habilidades ó que las tienen en niveles muy bajos de probabilidad de emisión.

↳ Por lo anterior es importante conocer tanto los componentes de la conducta asertiva (verbales y no verbales) y las técnicas operantes que se han utilizado para implementar o incrementar esta serie de habilidades sociales.

La asertividad de manera general es el uso de conductas sociales para pedir o reclamar nuestros derechos y respetar nuestras obligaciones sin utilizar una forma agresiva ni pasiva sino una emisión de conducta socialmente aceptada. a continuación veremos los componentes generales de la conducta asertiva, y la descripción de algunas de las técnicas que se han utilizado para su implementación.

Falta página

N° 44-48

M E T O D O :

PROPOSITO

El propósito de este trabajo es el de probar el paquete de entrenamiento asertivo y proporcionar a las enfermeras habilidades necesarias para resolver los problemas interpersonales en el desempeño de su trabajo.

OBJETIVO GENERAL

- A) Probar el paquete de entrenamiento asertivo y observar si el orden de presentación es una variable independiente importante para la obtención de resultados.
- B) Obtener un cambio de interacción adecuada en la relación enfermera-paciente, mediante un cambio de conocimientos y prácticas de asertividad reforzamiento y extinción.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- A) Proveen a la enfermera de una serie de repertorios conductuales que le permitan reducir de una manera asertiva los problemas conductuales que se presentan en situaciones interpersonales.
- B) Promover una comunicación amplia y exitosa enfermera-paciente en las confrontaciones diarias de su trabajo.

- C) Proporcionar habilidades a la enfermera que le permitan obtener reforzadores sociales positivos por medio de su interacción con los pacientes.

SUJETOS

Seis enfermeras del Hospital de Infectología del Centro-Médico la Raza, que fueron seleccionados por convocatoria, y de los aspirantes que se registraron fueron seleccionados en base a su escolaridad y a su record, incidencias (faltas, retardos, etc.) y fueron elegidas una por servicio y por piso.

PREEVALUACION

A los sujetos se les aplicará el inventario de Asertividad de Rathus (PRE-TEST).

DISEÑO CONTRABALANCEADO

En el presente trabajo se utilizará un Diseño Contrabalanceado con tres valores de la variable independiente - (Entrenamiento Asertivo, Reforzamiento y Extinción), en donde cada uno se ve precedido, de los restantes valores de la VI, el mismo número de veces y en donde cada unidad experimental pasa por cada condición una sola vez y cada unidad experimental recibe una secuencia diferente; el Objetivo del Diseño Contrabalanceado es doble:

- a) Evaluar los efectos residuales que produce un entrenamiento en el siguiente.

- b) Evaluar los efectos del orden en que se presentan las condiciones experimentales.

El diseño quedaría representado por el cuadro "A".

C U A D R O "A"

GRUPO EXPERIMENTAL	TECNICA		
A (Ss 1,2)	REF.	EXT.	ASERT.
B (Ss 3,4)	REF.	ASERT.	EXT.
C (Ss 5,6)	ASERT.	REF.	EXT.

POST-EVALUACION

Se llevará a cabo utilizando el inventario de Asertividad de Rathus (POST TEST) y en base a los autoreportes hechos por Enfermeras durante una semana de registro posterior al paquete de entrenamiento.

PROCEDIMIENTO

Los sujetos fueron divididos en tres grupos experimentales (A,B y C) cada uno de los cuales quedo constituido por dos miembros. El horario de Actividades fue distribuido de la siguiente manera:

GRUPO	No. DE SEMANA	TECNICA	HORARIO
A	1a.	REF.	5 a 6
	2a.	EXT.	6 a 7
	3a.	ASERT.	7 a 8
B	1a.	REF.	6 a 7
	2a.	ASERT.	7 a 8
	3a.	EXT.	5 a 6
C	1a.	ASERT.	7 a 8
	2a.	REF.	5 a 6
	3a.	EXT.	6 a 7

GRUPO	No. DE SUJETO	ESCOLARI DAD
A	1	ENF. GRAL.
	2	ENF. GRAL.
B	3	AUX. ENF.
	4	AUX. ENF.
C	5	AUX. ENF.
	6	ENF. GRAL.

Como se puede observar en el cuadro anterior el paquete de entrenamiento constó de tres partes (reforzamiento extinción y asertividad) cada una de las cuales fueron presentadas en diferente orden para cada uno de los grupos (A, B y C) y con diferente horario que quedó establecido de esa forma para no interferir con las necesidades del Servicio del Hospital de In-

fectología del Centro Médico la Raza.

Cada una de las partes de este paquete fué expuesto por un diferente instructor, tratando de esta forma de controlar variables extrañas que pudieran influir en la obtención de resultados.

Así por ejemplo, al grupo A se le dieron tres semanas de entrenamiento, con un orden específico de presentación del paquete de entrenamiento (REFORZAMIENTO-EXTINCIÓN-ASERTIVIDAD)-utilizando un solo instructor por técnica; así la primer semana se trató el tema del Reforzamiento Positivo, una hora diaria cinco veces por semana; la segunda semana el tema tratado fue el de extinción y por último la tercer semana se vió el tema de la Asertividad. El mismo procedimiento fué para los grupos B y C pero con diferentes orden de presentación. El contenido del paquete de entrenamiento, de cada una de sus partes y de cada sesión en particular es presentado al final de este capítulo junto con los inventarios PRE POST de Asertividad de Rathus; y la forma de autoreporte utilizada para la post-evaluación. ✓

MATERIAL

Para la aplicación del presente trabajo se utilizaron una aula de 4 x 3 mts., pizarrón, gises, hojas blancas, etc;

AMBIENTE EXPERIMENTAL

El lugar en donde se impartieron las sesiones del paquete de entrenamiento fue la sala de juntas del mismo Hospi -

tal de Infectología que consiste en un cuarto rectangular de - aproximadamente 3 x 4 metros con una mesa rectangular al cen - tro, con ocho sillas y un pizarrón en una de sus paredes. Archiveros, librer^{os}, etc., aislado del ruido y de la gente.

En la primera sesión de cada uno de los grupos y antes - de dar cualquier información se les aplicó a cada uno de los sujetos el inventario de Asertividad PRE-EVALUACION DE RATHUS. Y después se precedió al inicio de cada tema en particular.

Al término de las tres semanas de entrenamiento se le - aplicó a cada uno de los sujetos el inventario de Asertividad - en su POST-EVALUACION.

Por último se les enseña a los sujetos a realizar un automonitoreo y registros de la aplicación de las técnicas aprendidas en su ambiente natural y se les pidió que hicieran este - registro durante una semana posterior al término del curso.

Dos conceptos de primordial importancia para el entendimiento del análisis estadístico de los datos de un experimento - son la confiabilidad y la validez. La confiabilidad de una prueba se refiere a la correlación de una prueba consigo misma; cuando un experimentador no puede controlar las variables que afectan al objeto de su estudio, tal investigación no se puede considerar experimental o de validez ya que no se aplica el principal procedimiento que es el control experimental. Un diseño se considera preexperimental cuando es incapaz de producir por lo menos una comparación formal. En nuestro caso tal comparación consistió en medir al mismo grupo de sujetos antes de la aplicación del tratamiento experimental (VI) y después de la misma, ya que un diseño de un solo grupo en el cual la única serie de medidas u observaciones son las realizadas después de la aplicación de la VI no puede ser considerado como experimental.

Como mencionamos anteriormente en un trabajo científico uno de los principales factores es el control experimental el cual requiere que el experimentador tenga el suficiente poder para controlar las variables extrañas (VE), ya sea eliminándolas o manteniéndolas constantes. Campbell y Stanley (1963) mencionan un número de VE que pudiera competir con la VI para determinar un cambio en las VD, las cuales constituyen serios obstáculos de validez interna. La "Historia" se refiere a la intervención de eventos que afectan a la mayoría de los sujetos entre la toma de la primera y la segunda medición; en nuestro caso el intervalo fue de dos semanas de duración en el cuál se puede notar que el desarrollo biológico y temporal es muy corto ya que entre más tiempo transcurra entre las dos mediciones más probable es que haga algún efecto de esta clase de variables por lo tanto las va

riables extrañas de "Historia" y "Maduración" o de desarrollo biológico que pudieran sufrir los sujetos junto con el desarrollo "intelectual" en ese período de tiempo, se puede decir que permaneció constante ya que dicho período fue mínimo.

Con lo que se refiere a los errores de medición echos con instrumentación, en el presente trabajo no se utilizaron aparatos de medición y los resultados de la aplicación de los cuestionarios fueron apoyados por autorreportes echos por los sujetos y observaciones que se hicieron de ellos por sus jefes inmediatos en el desarrollo de sus funciones laborales.

Por último la "mortalidad" se refiere a la pérdida o deserción de sujetos a través de un experimento e investigación, cuando un sujeto humano decide a mitad del trabajo abandonar el experimento contribuirá a crear o aumentar la "mortalidad" de este y así alterar probablemente los valores obtenidos en la V.D. - en nuestro caso el interés de los sujetos fue mantenido porque el programa de entrenamiento fue realizado dentro de su horario de trabajo y los retardos e inasistencias no se presentaron.

PAQUETE DE ENTRENAMIENTO:

HABILIDADES SOCIALES

- 1.- OBJETIVOS DE SU APLICACION
- 2.- DETECCION DE SUJETOS POTENCIALES
- 3.- EVALUACION Y DIAGNOSTICO DE PROBLEMAS
- 4.- LOS COMPONENTES DE LA CONDUCTA ASERTIVA
- 5.- DETERMINACION Y UBICACION PARA ENTRENAMIENTO GRUPAL
- 6.- ENTRENAMIENTO EN GRUPO (VENTAJAS, TAMAÑO Y COMPOSICION, NUMERO DE SESIONES Y DURACION)
- 7.- PROCEDIMIENTO:

- A) Ruta crítica para entrenamiento grupal
- B) Técnicas
- C) Una secuencia de técnicas a utilizar durante el entrenamiento grupal.
- D) Inventarios
- E) Registros
- F) Ejercicios estructurados

1) OBJETIVOS DE SU APLICACION:

El objetivo del entrenamiento es el proveer al trabajador una serie de repertorios pertinentes que le permitan reducir el nivel de ansiedad que presente en situaciones interpersonales, promover una comunicación más amplia y exitosa, al confrontarse con otros.

Obtener reforzadores sociales por medio de su interacción con los demás.

2) DETECCION DE SUJETOS POTENCIALES:

La necesidad de un "E.A." se determina de acuerdo a la frecuencia y circunstancias en que el individuo responde de una manera no asertiva, o bien agresiva.

Algunos propósitos son:

Lo que el empleado considera como problema presente; su extensión, es decir que tan frecuente ocurre, la duración, magnitud y las consecuencias de ello.

Las metas que pretende alcanzar mediante el entrenamiento.

3) COMPONENTES DE LA CONDUCTA ASERTIVA:

Se desglosarán en dos tipos:

- A) CONDUCTAS VERBALES
- B) CONDUCTAS NO VERBALES

Entre las primeras se incluyen:

- 1) Volúmen
- 2) Tono e inflección de la voz.
- 3) Fluidez
- 4) Contenido verbal
- 5) Selección adecuada para emitir la respuesta Asertiva.
- 6) Diferentes modalidades de respuesta de aproximación, rechazo y protección.

Las conductas no Verbales más importantes que determinan a una persona como Asertiva o No Asertiva son:

- 1) Distancia física durante la interacción
- 2) Postura
- 3) Movimientos corporales y de las manos
- 4) Contacto visual
- 5) Expresión facial o gesticulaciones

4) DETERMINACION Y UBICACION PARA ENTRENAMIENTO GRUPAL:

La severidad del problema del sujeto es el determinante principal de la ubicación que se dará para su entrena -- miento, así en el caso del individuo que generalmente no es asertivo, por ser agresivo se le incluiría en el grupo.

5) ENTRENAMIENTO EN GRUPO:

El entrenamiento en grupo presenta varias ventajas, fundamentalmente se derivan del potencial para la interacción que representan encontrarse con otros individuos - que poseen problemas similares.

- Los miembros del grupo a veces resultan ser buenos dispensadores de reforzamiento positivo y retroalimentación
- En cuanto al tamaño y composición del grupo se recomienda de 6 a 12 personas, puede haber gran variedad en - cuanto al repertorio de los integrantes, edad, edo. civil etc.

En cuanto al número de sesiones estará en función de tipo de grupo de que se trate: tiempo limitado o abierto, - en el primer caso se procede más sistemáticamente y se plantea desde el principio el número de sesiones; en el - el segundo caso no hay límite temporal de duración.

Tiempo limitado se programan 5 sesiones de 1 a 1½ hora - 5 veces por semana.

Procedimiento:

Para entrenamiento grupal:

El tipo de ejercicios y su secuencia estará en función - de la cantidad y "la calidad" de las habilidades asertivas de - la enfermera:

Las Sesiones contienen de manera general:

Una conferencia introductoria que abarca:

Una visión general de las sesiones futuras, describiendo el objetivo de los ejercicios y la naturaleza de la reestructuración cognitiva, y ensayo conductual. Una de finición clara de la conducta asertiva contrastándole - con la conducta no asertiva y agresiva.

Algunas generalidades acerca de lo que pueden esperar como resultado de su participación en su grupo:

Conductas Asertivas Verbales Básicas

A) Establecer mantener y terminar conversaciones.

7-63-01-90
5-83-01-90
6-83-01-90
7-83-01-90

5-63-01-90

1) Hacer preguntas abiertas.

Una pregunta cerrada es aquella que se contesta con un SI/NO, una pregunta abierta es aquella que necesita más información que un SI/NO.

2) Atender información libre

La información libre es aquella que nos proporciona -- nan al responder y que es adicional a lo que se pregunta.

3) Hacer autorevelaciones

Quiere decir dar información libre acerca de uno mismo, incrementar intimidad y moverse de una relación íntima a una superficial.

4) Interrumpir y participar en conversaciones en marcha.

5) Fobia a los silencios.

6) Contar historias que contengan un principio, medio y final.

7) Terminar conversaciones.

HABILIDADES DE RELACION ADICIONALES.

1) Auto-elogios: Liberar información acerca de sus "fuertes, intereses y opiniones".

2) Dar y recibir cumplidos: Se pretende que los participantes aprendan a dar cumplidos honestos, reconocer y aceptar y gozar un cumplido que recibe.

- 3) Bombardeo de cualidades: Se pretende fortalecer las habilidades del individuo para describir algunas de sus cualidades positivas y promover la auto-estima.
- 4) Comunicación de sentimientos: El uso del "yo".
- 5) Afirmaciones en vez de preguntas: Cuando se defiende un derecho o se externa un sentimiento.
- 6) Contratos de contingencias positivas: se trata de un intercambio entre los participantes de reforzadores positivos.

HABILIDADES DE PROTECCION

Esta se caracteriza con el propósito de terminar con una interacción que resulta molesta, en la que probablemente se esté violando algún derecho personal como el de no querer hacer algo, recibir instrucciones etc.

DISCO RAYADO

Consiste en la repetición de la afirmación.

Respuesta hecha en un principio, cuantas veces sea necesario hasta que cese la otra persona de molestar de una manera poco exitosa.

IGNORAR SELECTIVAMENTE:

Es la atención discriminada a conductas específicas durante la interacción con otro individuo.

DESARMANDO "IRA O ENOJO:"

Consiste en el establecimiento de un trato honesto que -
ofrece el asertor a otro individuo que está emitiendo -
grandes momentos de "ira", etc.

CLASIFICAR PROBLEMAS:

Cuando el individuo con el que se interactúa se empeña -
en tratar más de un problema en ese momento, el asertor -
propone solo abordar un problema a la vez, y los demás -
en ocasiones futuras.

DISCULPARSE:

Consiste en enseñar al individuo a pedir una disculpa --
sin que sacrifique, su auto-estima o dignidad.

DESCRIPCION DE TECNICAS (PAQUETE)

INSTRUCCIONES: El individuo recibe una serie de recomenda -
ciones acerca de su conducta antes de enfren -
tarse a una situación problema.

REFORZAMIENTO: En el "Entrenamiento Asertivo" se refuerzan -
respuestas asertivas a fin de que se manten -
gan y fortalezcan. (Auto-reforzamiento ad - -

ministrado por entrenador, personas significativas y el reforzamiento intrínseco a la ejecución).

INFORMACION: Consiste en un intercambio de información por parte del entrenador acerca de aspectos variados de la conducta y situaciones problema.

ASESORIA: El entrenador le hace notar al individuo una serie de aspectos de la conducta con la expectativa de que se beneficiará su ejecución en el futuro.

RETROALIMENTACION: El entrenador proporciona información sobre aspectos verbales y no verbales y de su ejecución durante un juego de roles. Sugerir algunas mejoras convenientes en su conducta para los siguientes ensayos:

- A) Ejercicios Estructurados
- B) Test. Estructurados
- C) Juego de Roles
- D) Auto-Reportes
- E) Escala de metas Asertivas, etc.

GUIA DE SESIONES ESTRUCTURADAS:

SESION I

- A.- Ejercicios de Introducción
- B.- Tópicos Fútiles

SESION II

- C.- Dar y recibir cumplidos
- D.- Ejercicio de Si y No.

SESION III

- E.- Ejercicio de Discriminación de Conducta Asertiva, Agresiva y No Asertiva. → B.K. 1000.
- F.- Identificando derechos personales y aceptándolos encubiertamente.

SESION IV

- G.- Ejercicio de Terapia Racional Emotiva
- H.- Haciendo demandas y rebuscándolas

SESION V

- I.- Enfrentándose a personas persistentes
- J.- Haciendo afirmaciones sin explicaciones

EJERCICIOS ESTRUCTURADOS

SESION I

Ejercicio a introducción.

El instructor pide que alguien comience a saludar a otro teniendo contacto visual y emitiendo algún saludo habitual, -- mencionará su nombre y esperará a que otro responda. Este a su vez, se introducirá de igual manera con otra persona del grupo que aún no se ha presentado y así se continúa hasta que todos - se hayan presentado.

Entonces se le pide al primer participante que le diga - al que se presentó; algo específico que le haya gustado acerca de cómo se introdujo. Se enfatiza que esos comentarios sean sobre cualidades no verbales de la presentación, como: contacto - visual, expresión facial, posición corporal y de las manos, cualidades de la voz. Se continúa así hasta que todos los miembros del grupo lo hayan hecho.

Finalmente se hace una explicación acerca de lo común - que es que se olviden los nombres de las personas cuando se les acaba de conocer. Se aclara que esto no es catastrófico y se pide que se pregunten unos a otros los nombres que han olvidado.

OBJETIVO DEL EJERCICIO.

Romper el hielo entre los miembros del grupo, ayudar a-- sus miembros a que comiencen a conocer aquellas conductas no -- verbales que les llama la atención de otras personas; reducir -

la tensión del grupo enfocándose en retroalimentación positiva; acostumbrar a los miembros a dar retroalimentación.

TAREAS:

Presentarse 3 veces durante la semana, haciendo notar - lo que le haya gustado de sí mismo y de la otra persona durante la presentación (tener cuidado en no evaluar lo que haya pasado después de esto). Observar como se presentan otras personas ante extraños. Pedir a alguien que repita su nombre poco después de que se han presentado, evaluar qué tan directo fué y si estúvo nervioso, identificar claramente cual fue el problema.

- ENTRENADOR.** Se pide a los participantes comiencen a - saludarse uno a otro teniendo contacto visual y emitiendo algún saludo habitual.
- PARTICIPANTES.** Que cada uno reporte qué le agradó acerca de como se introdujo. Teniendo en cuenta - cualidades no verbales, así como contacto visual, expresión facial, posición corporal de las manos y cualidades de la voz.
- ENTRENADOR:** Explicación de que a veces es fácil que se olviden los nombres de las personas cuando se les acaba de conocer. (Se aclara que no es catastrófico).
- OBJETIVOS DE SU EXPLICACION.** Romper el hielo entre participantes, discriminación de conducta verbal y no verbal habituar a los miembros a dar retroalimentación entre sí.
- TAREA.** Presentarse tres veces por semana (ver la-tarea) en ejercicio correspondiente.

Ejercicio 8

TOPICOS FUTILES

Mecánica.

Hablar a los participantes acerca de los detalles que atraen la atención cuando se encuentran conversando con alguien, tales como contacto visual, sonrisas y expresiones faciales, postura corporal, gestos con las manos, volumen de la voz, tono, rapidez, fluidéz. Se les menciona que el propósito del ejercicio es reconocer cómo se reacciona ante otros y cómo hacen ellos ante nosotros mismos. Se forman grupos de 3 personas y una persona habla mientras las otras escuchan, pasados dos minutos, otra persona habla, y así también el siguiente. Los entrenadores dan papelitos en los que escriben temas diferentes intrascendentes como papel del baño, clips, canicas, coches, zapatos, etc. Después de que todos han terminado de hablar, cada uno recibe retroalimentación positiva acerca de las características no verbales de su conducta, el entrenador debe chequear que ningún miembro hable acerca del contenido de la conversación. Por último se les pide a los participantes que piensen cuáles conductas no verbales les gustaría modificar durante el curso del entrenamiento.

OBJETIVO DEL EJERCICIO.

Que los participantes identifiquen aquellas conductas no verbales que les impresionan de otras personas; identificar las conductas que otros emplean; estimular a los participantes a

que consideren aquellas conductas que les gustaría cambiar; enseñar a los participantes a que proporcionen retroalimentación positiva.

TAREAS:

Observar la conducta no verbal de tres personas durante la semana; poner atención a las propias conductas no verbales durante una interacción e identificar aquellas que les gusten, practicar 5 veces la conducta no verbal que se haya elegido para cambiar y evaluar los logros, ensayarlas hasta que agrade la manera en que se hace.

EJERCICIOS DE TOPICOS FUTILES

- ENTRENADOR. Informar a los participantes de los elementos que se presentan cuando se encuentran conversando con alguna persona.
- ELEMENTOS. Contacto visual, sonrisas y expresiones faciales, postura corporal, gestos con las manos, volúmen de voz, tono, rapidez y fluidez.
- ENTRENADOR. Se menciona que el propósito del Ejercicio es reconocer como se reacciona ante otros y como hacen ellos ante nosotros mismos.
- PARTICIPANTES.
 - . Se forman grupos de tres
 - . Una persona habla mientras las otras escuchan.
 - . Pasados dos minutos otra persona habla y así sucesivamente.
- ENTRENADOR. El entrenador dá algunos papelitos en los que escriban temas diferentes intrascendentes como: papel de baño, clips, canicas, zapatos.
- PARTICIPANTES Cada uno recibe retroalimentación positiva acerca del contenido de su conversación (conducta verbal y no verbal). Se le pide a los participantes las conductas que les gustaría modificar durante el curso.

OBJETIVOS DE SU APLICACION:

- . Que el participante discrimine aquellas conductas no verbales que les impresionan de otras - personas.

- . Estimular a los participantes a que consideren que conductas quisieran modificar.

TAREAS:

(Ver contenido correspondiente al Ejercicio).

SESION II

Ejercicio C

DAR Y RECIBIR CUMPLIDOS

Los instructores dan una breve explicación acerca de como también este tipo de conducta requiere de asertividad. Los instructores simulan la forma como se responde típicamente ante un cumplido y así disminuya la probabilidad de que si la otra persona responde vuelva a hacernos un cumplido negándolo, regresándolo inmediatamente, rechazándolo. A continuación se actúan las formas negativas en que se dan cumplidos: auto-despreciándose, sarcásticamente o enfatizando primero un defecto. A continuación los entrenadores demuestran algunas formas de recibir cumplidos. Se pide a los participantes que formen un círculo, por dos minutos y piensen en alguna característica positiva de la persona que se encuentra a su derecha. A continuación cada participante le hará un cumplido a la persona que se encuentra a su derecha, y ésta responderá al elogio. Una vez que han terminado, darán retroalimentación a la persona de quien recibieron el cumplido enfatizando el uso del pronombre "usted, -tú".

OBJETIVOS DEL EJERCICIO.

Que los miembros aprendan cómo dar y recibir cumplidos asertivamente; demostrar que las interacciones positivas también requieren de asertividad, facilitar interacciones positivas entre el grupo; alentarlos a que escuchen los cumplidos que se les hacen y darlos genuinamente, aumentando así su auto-estima.

TAREAS:

Dar 3 cumplidos diariamente durante una semana. Evaluar que tan confortable y directo se siente al hacerlo; al recibir cumplidos notar qué tan confortable se siente, cómo lo recibe y cómo se siente, si ha notado alguna conducta que quiera cambiar durante este tipo de interacción, ensayarla varias veces hasta que le agrade la forma como lo hace.

EJERCICIO: DAR Y RECIBIR CUMPLIDOS.

ENTRENADOR.

Explicación acerca de como se debe actuar asertivamente cuando se dá un cumplido.

Simulación de como se responde típicamente ante un cumplido.

Ver características de rechazo o de aceptación de rechazo, negándolo regresándolo inmediatamente, auto desprecio, o enfatizando primero un defecto.

Los entrenadores demuestran algunas formas de recibir cumplidos.

PARTICIPANTES.

. Se pide formen un círculo y que durante dos minutos piensen en alguna característica positiva de la persona que se encuentra a la derecha.

. Cada participante hará un cumplido a la persona que se encuentre del lado derecho y esta responderá al elogio.

. Una vez terminado el ejercicio se dará retroalimentación de como se respondió ante esta situación.

OBJETIVOS

Que los participantes apliquen correctamente las técnicas de la asertividad para poder recibir cumplidos y también darlos en las situaciones simuladas.

TAREA:

(Ver tarea en ejercicio correspondiente).

Ejercicio 0

SI - NO

En parejas, los participantes, cara a cara, mientras una persona dice si, la otra responde no, tratando de igualar el volúmen de voz que la otra ha empleado, la primera sube un poco el volúmen y así sucesivamente hasta que se encuentran gritando lo más fuerte posible y después comienzan a bajar el volúmen hasta quedar cuchicheando. Se les pide a los participantes noten el volúmen de voz, si es el apropiado.

Otra variable del ejercicio es que la persona que responde, lo hará con un volúmen menor al que empleó el primero.

OBJETIVO DEL EJERCICIO.

Que los participantes noten todo el rango de volúmen de voz que poseen y contrastarlo con el que usan habitualmente.

TAREAS:

Elevar o bajar el volúmen de la voz durante una plática y evaluar lo adecuado de su volúmen habitual; evaluar situaciones en que le gustaría cambiar el volúmen de su voz y ensayarlo varias veces.

EJERCICIO DE SI Y NO

PARTICIPANTES

- . En parejas, cara a cara, mientras una - persona dice sí, la otra responde no tratando de igualar el volúmen de voz que - la otra ha empleado.
- . La primera sube un poco el tono y así sucesivamente hasta que se encuentran gritando lo más fuerte posible.
- . Posteriormente bajan el volúmen hasta - quedar cuchicheando.
- . Se les hace notar a los participantes -- qué volumen de voz es apropiado.

OBJETIVOS:

- . Que el participante note todo el volúmen de su voz que posee y contrastarlo con - el que usa habitualmente.

TAREAS:

(Ver ejercicio correspondiente).

SESION III

Ejercicio E

DISCRIMINACION DE CONDUCTA ASERTIVA, AGRESIVA Y NO ASERTIVA

Los entrenadores enumeran una serie de características - de estas diferentes formas de respuestas en cuanto a los efectos que tienen sobre el que emite y el que la recibe.

<u>NO ASERTIVA COMO EMISOR</u>	<u>AGRESIVA</u>	<u>ASERTIVA</u>
Auto-denigrantes	Auto-engrandecedora a expensas de otro	Auto-engrandecedora
inhibido, herido ansioso	expresivo, desprecia a otros.	expresivo, se siente bien.
permite que otros elijan por él	elige por otros	elige por sí mismo
no logra la meta deseada	logra la meta deseada lastimando a otros	puede lograr la meta deseada.
COMO RECEPTOR:		
culpable o enojado	auto-denigrante	auto-engrandecido
desprecia al emisor	lastimado, defensivo humillado.	expresivo
logra la meta deseada a costa del emisor	no logra la meta deseada	puede lograr la meta deseada.

El entrenador presenta una serie de situaciones de la vi



Ejercicio E continuación

U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

da cotidiana en la que los actores se comportan según alguno - de los 3 tipos de respuesta. Se presenta de manera verbal o por medio de audio - tape. Los participantes responden marcando - qué tipo de respuesta es la que se acaba de presentar. Se re - comienda presentar alrededor de 5 situaciones. A lo largo del - ejercicio se aclaran dudas acerca del tipo de respuesta de que - se trata.

OBJETIVOS DEL EJERCICIO.

IZT. 1000560

Que los participantes identifiquen los diferentes tipos de respuesta y se aclaren las falsas concepciones acerca de ellas.

ar diferentes formas de comportamiento de la gente y
icipantes tanto como asertiva, agresiva y no aseri -
ejemplos de cada una para la siguiente sesión.

DISCRIMINACION DE CONDUCTA
(AGRESIVA, ASERTIVA Y NO ASERTIVA)

ENTRENADOR	Dá una lista de características de conducta inasertiva, agresiva y asertiva pidiendo a los participantes identifiquen qué clase de conducta es (agresiva, asertiva o inasertiva).
TIPOS DE CONDUCTA	EJEMPLOS
INASERTIVA (AUTO - DENIGRANTE)	Creo que mi jefe piensa que soy un estúpido porque no tengo una participación constante en las juntas.
INHIBIDO	Pedro es un maestro auxiliar en Historia y le da miedo las mujeres, a tal grado, que cuando concerta una cita con una chica, un día antes observa las siguientes ideas: -- ;me rechazará, estoy seguro, después de todo porque ha de salir una chica tan guapa-conmigo!.
AGRESIVA (EXPRESIVO DESPRECIA A OTROS)	Automovilista (Juan) que al llegar a su casa vé estacionado el carro de su vecino en su entrada, lo cual le molesta mucho, a tal grado que se dirige con su vecino lo insulta y le dice que es un patán, un inconsciente, etc.
ASERTIVA (ELIGE POR SI MISMO)	Pedro es invitado a una comida por su compañero de trabajo para el próximo sábado, - éste tiene otro compromiso para ese día,--

Pedro expone la siguiente conversación: -
 Agradezco tu invitación pero este fin de -
 semana no me apetece quizá para la próxi -
 ma..... (emite un tono de voz agrada -
 ble) (y sus gestos son normales al expre -
 sarse).

INASERTIVA (ELIGEN
 POR EL)

Rubén va a comprar unos zapatos, él pide--
 un par para probárselo; él los quiere en--
 un tono café y que sean económicos. El ten
 dero le trae 3 pares en color negro, y lo-
 convence para que se lleve no solo 1 par -
 sino 2 pares prometiéndole que se lleva -
 2 magníficos pares de calzado.

OBJETIVOS DEL
 EJERCICIO

Que los participantes identifiquen diferentes
 tipos de respuestas y se aclaren las -
 falsas concepciones acerca de ellas.

Ejercicio F

IDENTIFICANDO DERECHOS PERSONALES ACEPTANDOLOS ENCUBIERTAMENTE
UNA BREVE INTRODUCCION A LOS PRINCIPIOS DE LA TERAPIA RACIONAL
EMOTIVA

En la primera parte, los entrenadores dan algunos ejemplos de derechos personales o instruyen a los participantes a que den cualquier derecho personal que creen tener. Esto se hace durante 5 minutos y se van apuntando todos los derechos que den los participantes sin emitir un juicio acerca de ninguno de ellos. A continuación se hace una discusión acerca de ello y se habla de las responsabilidades que implican y de sus limitaciones.

Durante la segunda parte del ejercicio, se les pide a los participantes observen la lista de derechos y que en silencio elijan uno de aquellos que les sea muy difícil ejercer. Poco después se les instruye así:

"Cierre sus ojos.... tomen una posición confortable ... respiren profundamente ... exhalen suavemente ... ahora imaginen que están ejerciendo el derecho que han seleccionado de la lista... imaginen cómo podría cambiar su vida si aceptan este derecho... cómo actuaría... cómo se sienten consigo mismos... como se sienten con la demás gente... (La fantasía se continúa por dos minutos)... ahora imaginen que ya no poseen este derecho... imaginen cómo podría cambiar su vida en comparación a como era hace unos momentos... cómo actuaría ahora... cómo se sentirían con respecto a sí mismo... cómo se sentirían con la demás gente...(la fantasía se continúa por un minuto).

Después se forman parejas entre los participantes que discutirán las siguientes preguntas..

- 1.- ¿Qué derecho seleccionó?
- 2.- ¿Cómo se sintió cuando aceptó el derecho?
- 3.- ¿De qué forma actuó cuando tenía el derecho?
- 4.- ¿Qué aprendió acerca de sí mismo en este ejercicio?

Una vez que las parejas han terminado de cambiar sus impresiones, el grupo discute la primera en que ellos podrían ayudarse a sí mismos a aceptar sus derechos personales, y qué métodos usan para negar estos derechos. Los entrenadores pueden ayudar a que los participantes creen un nuevo mensaje para atacar aquellos mensajes que les impiden aceptar su derecho.

OBJETIVO DEL EJERCICIO

Ayudar a los participantes a que se percaten de qué tan libres y confortables se sienten cuando aceptan un derecho; incrementar su conciencia acerca de cómo niegan ese derecho; -- usar la sesión de discusión para identificar contramensajes que podrían usar para ayudarse a sí mismos a ejercer ese derecho.

TAREAS

Llevar a cabo el ejercicio de fantasía una vez al día durante una semana. Notar cómo se siente. Discutir cualquier dificultad a llevar a cabo el ejercicio.

Ejercicio F

IDENTIFICANDO DERECHOS Y
ACEPTANDOLOS ENCUBIERTAMENTE.

INSTRUCTOR

Dá ejemplos de derechos personales; "yo-- tengo derecho a negarme a comprar algo" -- "Yo tengo derecho de decirle a alguien que me gusta o que me agrada su compañía". "Yo tengo derecho a poner expresar mis desacuerdos a mi Jefe". "Yo tengo derecho a negarme a cualquier petición que no me agrade".

- Luego pide a los participantes que den más derechos y los escriban durante 5 minutos.

- El entrenador dá instrucciones para la relajación de los participantes a fin de que puedan fantasear con uno de los derechos que más les agradaría ejercer induciéndolos a pensar en las consecuencias positivas que podrán obtener durante 2 minutos. Al término de éstos se pide a los participantes que piensen durante un minuto que ahora ya no tienen ese derecho.

Finalmente, se hace una discusión en grupo sobre las experiencias obtenidas al realizar este ejercicio así como sobre

la forma de ayudarse a ejercer los derechos deseados, es decir, mediante la utilización de pensamientos "motivadores".

Ejercicio G

UNA BREVE INTRODUCCION A LOS PRINCIPIOS DE LA TERAPIA
RACIONAL EMOTIVA.

El entrenador puede comenzar dando una breve introducción acerca de los principios propuestos. Y explicar el ABC. Se proporcionará ejemplos acerca de ideas irracionales y racionales. Se pide a los miembros del grupo que den consecuencias racionales e irracionales en algunos de los ejemplos.

A continuación se les proporciona una lista de 5 ideas irracionales. Una vez que han sido leídas, tanto las ideas irracionales como sus alternativas racionales, el entrenador proporcionará dos o tres situaciones del principio racional y los participantes en parejas o triadas proporcionarán una serie de consecuencias tanto racionales como irracionales para cada uno de los ejemplos. A continuación cada uno de los miembros de la pareja o triada comparte alguna situación que elicite creencias irracionales. En este punto, el entrenador puede pedir que los miembros del grupo piensen una serie de alternativas para su problema en especial u optar por llevar a cabo el ejercicio de auto-análisis racional.

OBJETIVO DEL EJERCICIO:

Aprender algunas de las relaciones entre pensamiento, sentimiento y conducta; discriminar entre pensamiento racional e irracional; aprender varias de las ideas irracionales adecuados en situaciones específicas.

TAREA:

Piense en algunos otros pensamientos irracionales comunes hoy día; por lo menos en dos situaciones de la vida diaria y sustituir por ideas y consecuencias racionales.

Ejercicio H

HACIENDO DEMANDAS Y REHUSANDOLAS

El entrenador hace una breve explicación acerca de por qué el hacer demandas y rehusar las de otros es otra forma de la conducta asertiva. A continuación se formarán parejas de participantes. Estos elaborarán una situación en la que uno de ellos pide alguna cosa razonable y la otra simplemente responde con un No. Después se cambian los roles. Podrá notarse durante el transcurso de esta interacción que la persona que rehusa quiere agregar algo más a su negativa a manera de justificación. Este es el momento para que el entrenador enfatice que tenemos ciertos derechos personales acerca de cómo pasamos nuestro tiempo, lo que hacemos con nuestras pertenencias y nuestros cuerpos. Se enfatiza también que la gente tiene derecho a hacer peticiones y también lo tiene para rehusarse.

En el siguiente paso las parejas hacen y rehusan peticiones, y además intencionalmente ofrecen excusas que evitan los problemas verdaderos. Los "demandantes" persisten en su petición y ofrecen alternativas o soluciones a la respuesta que les fue dada. Los participantes notarán que aunque les resulta fácil dar respuestas esquivadoras, estas son cada vez más insatisfactorias. En el caso de que el demandante usara afirmaciones acerca de lo que la otra persona siente por él, sea verdadera o falsa, el participante tiene derecho a rehusar contestar, hacerlo, o quedarse callado.

A continuación se discuten algunas de las ideas del de -

mandante y del rehusador que los llevan a tratar de evitar este tipo de conducta. Algunas de ellas están relacionadas básicamente con las consecuencias que temen por hacerlo, tanto lo que el otro pensará de ellos, como la manera en que los otros se sentirán (molestos, irritados, avergonzados). Es probable que la mayoría de los participantes identifiquen las ideas irracionales que estén generando y puedan cambiarlas; en el caso de alguna persona que no puede hacerlo, el entrenador puede pedirles que se identifiquen las ideas irracionales que están generando y puedan cambiarlas; para que sean tratadas durante las sesiones de ensayo conductual de reestructuración cognitiva. Por último, el entrenador pide a las parejas hagan y rehusen demandas intentando ser honestos, enfatizando particularmente los mensajes "no quiero..." en lugar de "no puedo". Las explicaciones de preocupación hacia el "demandante" pueden hacerse si son honestas y no hacen que el asertor se ponga en desventaja.

Pueden hacerse también ejercicios tendientes a eliminar reacciones poco confortables cuando se hacen demandas.

OBJETIVOS DEL EJERCICIO

Reconocer como las creencias acerca de los derechos personales influyen en la conducta, que los participantes evalúen que tan confortables se sienten y que tan efectivos son para hacer y rehusar demandas, dar información acerca de la expresión directa de una petición o al rechazar alguna; practicar la discriminación entre una forma afectiva de hacer y rechazar demandas; ofrecer un sistema de creencias que considere los derechos

personales y demostrar sus influencias positivas sobre la conducta presente.

TAREAS:

Hacer 3 demandas razonables que se le dificulten; evaluarlo que les gusta al hacerlo; ejercer cualquier derecho personal que les gustaría y algunos que hayan evitado; rehusar asertivamente las demandas que les sean hechas y realmente no quieran complacer.

OBJETIVOS:

Que los participantes reconozcan que el componente verbal influye al componente motor y viceversa.

- Que analicen su capacidad para hacer y rehusar demandas.
- Que aprendan a hacer y rehusar demandas efectivamente.
- Que reconozcan sus derechos personales e influyan su conducta.

EJERCICIO H

HACIENDO DEMANDAS Y REHUSANDOLAS

ENTRENADOR:

Explica que el hacer y rehusar demandas es otra forma de conducta asertiva.

1er. PASO

Dá instrucciones para que se formen parejas de participantes en las que uno pedirá una cosa razonable y el otro responderá sencillamente No.

- Luego se intercambian los papeles.

Al término de los ejercicios pregunta a los participantes sus experiencias como rehusantes.

Explica que tenemos derechos personales sobre nuestro tiempo, nuestras cosas y nuestro cuerpo.

Vuelve a enfatizar los derechos que tenemos de hacer y rehusar demandas.

2o. PASO

ENTRENADOR

Dá instrucciones a los participantes para que hagan y rehusen demandas ofreciendo excusas.

Los demandantes deberán insistir en su petición y ofrecer alternativas o soluciones a la respuesta que les fue dada.

NOTA:

Los participantes tienen derecho a contestar o quedarse calladas.

3er. PASO

Se discuten las ideas irracionales generadas durante los ejercicios a fin de modificarlas por medio de la visualización de las consecuencias positivas y negativas.

Si a algunos de los participantes se les dificulta modificar sus ideas irracionales reservaran estas ideas para los ensayos de reestructuración cognitiva.

4o. PASO

Se vuelve a pedir a los participantes hagan y rehusen demandas de manera franca diciendo, si es su deseo, "no quiero".

NOTA:

Los participantes podrán dar explicaciones el rehusar pero sin ponerse en desventaja.

EJERCICIOS

TAREAS:

Que realicen las 3 demandas que más se les dificulten evaluando que les gusta al hacerlo ejerciendo algún derecho que han evitado por lo general, y rehusar asertivamente las demandas que les sean hechas y no deseen complacer.

1.-) ¿Me puedes acompañar al cine hoy por la tarde?

- NO

2.-) ¿Quieres dejar de estar picandote la nariz?

- NO

3.-) Por favor, deja de sorber la sopa

- NO

4.-) Prétame tu proyecto

- NO

5.-) ¿Me puedes prestar tu coche para el próximo sábado?

- NO

6.-) ¿Puedes regalarme los boletos del Teatro que no vas a ocupar?

- NO

7.-) Una señora que le dice a su esposo ¿Podrías bajar de peso? porque no me agrada tu físico actual.

- NO

Ejercicio I

ENFRENTANDOSE A PERSONAS PERSISTENTES.

El foco de interés de este ejercicio abarca las situaciones en que se encuentra una persona frente a otra que persiste en su empeño de convencerlo. Se pone una atención particular para cambiar el pensamiento irracional y las conductas no asertivas que pueden surgir en respuesta a la persistencia de alguien.

Se hace una explicación breve de lo anterior, y se proporcionan algunos ejemplos típicos. Durante estos se ofrecen una serie de respuestas de persistencia que van aumentando el grado de recursos que utilizan para convencer a la otra persona; durante cada una de estas respuestas el entrenador pide a los participantes proporcione las respuestas que ellos darían. A continuación se hace una discusión de las ideas irracionales que se hayan generado y enfatizar cuales son los derechos que no se están ejerciendo al ceder a este tipo de requerimientos. Es importante recordar a los participantes que traten de usar declaraciones sin dar explicaciones.

Se ofrecerán además una serie de respuestas posibles a utilizar durante este tipo de interacciones:

- BÁSICA.- Se trata de frases cortas y simples que pretenden defender un derecho "no me gusta...."
- ENFÁTICA.- En esta respuesta se toma en cuenta a la otra persona "gracias, agradezco tu interés... pero ..."

ESCALAMIENTO.-

Se trata de respuestas asertivas que van de una menor a mayor intensidad, ya sea por el tono, volúmen de voz, los sentimientos que se expresan, uso de advertencias, etc.

CONFRONTADORA.-

En esta respuesta se enfatiza más que el contenido de las palabras de la otra persona, los efectos desagradables que tienen estas sobre la persona a la que tratan de convencer.

Se recomienda hacer uso primero de una respuesta enfática y después utilizar la forma básica y por último la confrontadora.

También pueden usarse respuestas en las que se declare un deseo porque la conducta del otro cambie; o definir claramente lo que se está dispuesto a hacer y lo que no.

Se forman a continuación triadas de participantes que practicarán este tipo de respuestas en situaciones propias específicas.

OBJETIVOS DEL EJERCICIO.

Aprenderán los participantes cómo usar las formas asertivas de respuesta enfática, confrontadora y simple cuando alguien es persistente; determinar cuando son adecuadas y sus respuestas y explicaciones aún si la persona persistente actúa co-

mo si no lo fuera; reconocer los derechos personales y pensamientos que surgen cuando se encuentra en una situación semejante.

TAREAS.

Observar a otros que se enfrentan a una situación similar e imaginar la forma como enfrentarían esa situación.

ENFRENTANDOSE A PERSONAS PERSISTENTES

ENTRENADOR: Da una breve explicación del interés de es te ejercicio.

El interés de este ejercicio se centra en situaciones donde a veces se encuentra una persona frente a otra que persiste en su empeño de convencerlo.

Ejemplo:

Vendedor a Domicilio:

Expone ante un padre de familia el artículo que intenta colocar.

VENDEDOR: Estoy seguro que Usted le gustará comprar esta completa enciclopedia, la cual le -- permitirá a sus hijos aprender con mayor rapidez un sinnúmero de conocimientos.

PADRE: Le entiendo perfectamente pero no me interesa.

VENDEDOR: Debería pensar en el bien que haría Usted a sus hijos.

PADRE: Agradezco su interés pero no me gusta. Gra cias.

ENTRENADOR: Se analiza y desglosa el Ejemplo y se hace notar al participante que debemos usar tres elementos en nuestras declaraciones con personas persistentes.

1er. Elemento:

Respuesta Básica: Consta de frases cortas y simples que pretenden defender un derecho "no me gusta"...

2o. Elemento:

Respuesta Enfática: En esta respuesta se toma en cuenta a la otra persona.
"Gracias, agradezco tu interes... pero... no me gusta".

3er. Elemento:

Respuesta de Escalamiento:

Se trata de dar respuestas asertivas incluyendo tono de voz, volúmen, contacto visual etc.

NOTA:

Se recomienda hacer uso primero de la respuesta enfática y finalmente de la confrontadora. Esto nos permite hacer declaraciones sin dar explicaciones.

PARTICIPANTES:

Formarán triadas de participantes que practicarán este tipo de respuestas en situaciones propias específicas al trabajo.

OBJETIVO DEL EJERCICIO.

Aprenderán los participantes cómo usar las formas asertivas de respuestas básica, enfática y de escalamiento, cuando alguien es persistente determinarán si son adecuadas las respuestas emitidas.

Reconocerá los derechos personales.

Ejercicio J

HACIENDO AFIRMACIONES SIN EXPLICACIONES

Las personas no asertivas evitan entrar en acción en --- determinadas circunstancias debido a que temen no tener una buna explicación para su conducta, además, cuando deciden actuar; lo hacen después de haber dado una larga explicación (a veces - con mentiras) para justificar su conducta.

El entrenador puede comenzar con una explicación similar a la anterior, describiendo la dinámica de este tipo de interacción y proporcionando algunos ejemplos. Estos deberán incluir - situaciones en las que se rechaza un servicio, aún después de - que se había aceptado, o aquellas en las que se piden cosas simples, que por lo regular no se cobran como un vaso de agua, un pañuelo desechable, etc. De estos ejemplos, los participantes- identificarán que es lo que los hace sentirse molestos, y llevarán a cabo un ensayo conductual en el que harán declaraciones o afirmaciones sin dar alguna explicación para su conducta.

Es probable que algunos de los participantes deseen ha - cer explicaciones. Aquí se enfatizará que ninguna persona tiene o debe hacerlas, ni que la explicación tiene que estar de acuerdo a las normas o deseos de las personas. También es importan-te remarcar que esto no significa que una persona nunca tenga - que ofrecer explicaciones.

OBJETIVOS DEL EJERCICIO.

Que los participantes discriminen entre querer dar una explicación y tener que hacerlo; afirmar que cualquier persona tiene derecho a hacer una declaración sin hacer una explicación identificar los patrones de conducta más frecuentes donde se evita entrar en acción o hacer declaraciones por miedo a que sus explicaciones no sean bien recibidas, practicar el hacer estas afirmaciones con y sin explicaciones y evaluar cómo se siente y qué pensamientos se generan.

TAREAS:

Observarse y determinar qué tan inclinado se siente Ud. por dar explicaciones. Tratar de dar varios grados diferentes de explicaciones en diferentes situaciones y evaluar sus propias reacciones.

Ejercicio J

HACIENDO AFIRMACIONES SIN EXPLICACIONES

ENTRENADOR

Hacer una buena explicación sobre las -
desventajas de una persona inasertiva así-
como ejemplos de estas situaciones y de --
situaciones inasertivas.

SITUACIONES INASERTIVAS

- Una persona que trata de cobrar a al -
guién un dinero que le debe.

"Oye, disculpa... fíjate que mi mamá se en-
fermó y no tengo dinero para sus medicamen-
tos; ya le pedí prestado a mi cuñado pero-
no tenía, "¿Te acuerdas que yo te había -
prestado un dinero?".

- Una persona que no desea ir a una fiesta

Al invitarlo dice que sí a su amigo, quan-
do éste le recuerda le dice que sí, final-
mente, el día de la fiesta le habla al ami-
go para confirmar a que hora se van a ver.

"Oye ni te imaginas lo que me pasó, fíjate
que amanecí enfermo y me siento mal, creí-
que me iba a componer para esta hora, dis-
culpame creo que no voy a poder ir".

ENFRENTANDOSE A PERSONAS PERSISTENTES

ENTRENADOR.

Habla sobre esta situación de manera breve y expone los siguientes ejemplos:

-Cuando alguien insiste en que vayamos a una fiesta a la cual no nos interesa asistir. ("Andale vá a estar muy bien, va a ir.....")

Cuando una persona insiste en que le expresemos algún sentimiento que no nos inspira en ese momento. (La esposa, la novia que dime: "dime que me quieres", "abrázame", "dame un beso" o, "voy a pensar que no me quieres").

Cuando una persona nos trata de manipular diciendonos:

"No le vayas a hablar a fulanito cuando llegamos a la oficina, es más; ni le voltees a ver, demuéstrale que es un cero a la izquierda para nosotros".

Luego pide a los participantes las respuestas que darían a estas situaciones.

También pide expresen las ideas irracionales que se hayan generado, así como que identifiquen los derechos que no estén ejerciendo.

INSTRUCTOR

Invitará a los participantes a expresar declaraciones sin explicaciones después -

de haber explicado otro tipo de respues -
tas como la básica, enfática, de escala -
miento y confrontadora. Finalmente, dará -
instrucciones para que se formen triadas -
y ejerciten estos tipos de respuesta.

Al finalizar la lectura de las situaciones
inassertivas los participantes expresarán -
lo que les molestaría de estas situaciones
sí se encontraron en ellas.

Después realizaran ensayos conductuales en
los que se den explicaciones enfatizando -
que es necesario que discriminen cuando -
quieran y deben dar explicaciones.

RESULTADOS:

A continuación se muestran los resultados obtenidos tanto individualmente (cuadro No. 1) como por grupo (Cuadro No. 2) en la aplicación de los inventarios PRETEST-POSTEST de Rathus.

CUADRO No. 1

Ss	PRETEST (52)		POSTEST (30)	
	ACIERTOS	%	ACIERTOS	%
1	38	73.1	26	86.6
2	39	75.0	23	76.6
3	38	73.1	23	76.6
4	34	65.3	28	93.3
5	36	69.3	21	70.0
6	39	75.0	28	93.3

CUADRO No. 2

GRUPO	PRETEST		POSTEST		% DE DIFERENCIA PRE Y POST
	ACIERTOS	%	ACIERTOS	%	
A	77	74.0	49	81.6	7.6
B	72	69.2	51	84.9	15.7
C	75	72.1	49	81.6	7.6

Los resultados obtenidos individualmente (Cuadro No. 1) son mostrados graficamente en base a un histograma (Gráfica No. 1). La gráfica No. 2 (de histogramas) nos muestra los resultados obtenidos por cada uno de los grupos en las evaluaciones (PRE Y POST) y por último la gráfica No. 3 nos muestra la comparación de los porcentajes obtenidos globalmente por todos los sujetos en las dos evaluaciones de los inventarios de Rathus. (PRE-71.8% y POST-82.6%).

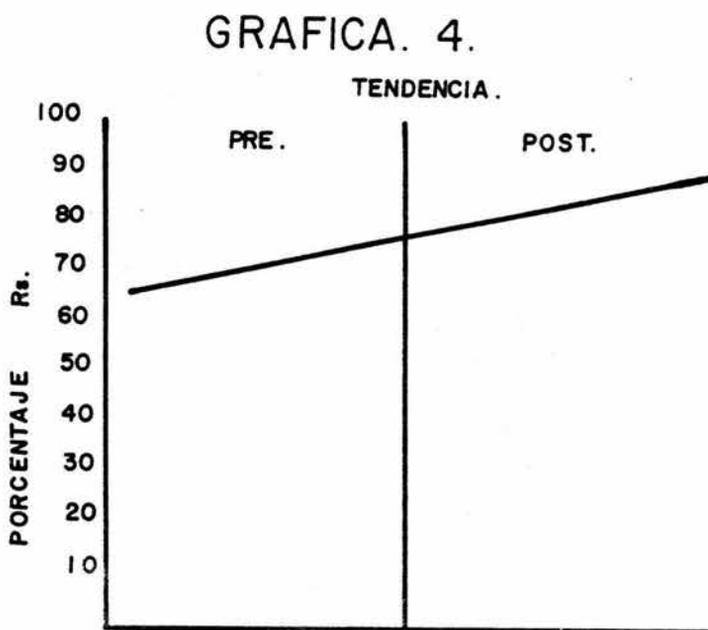
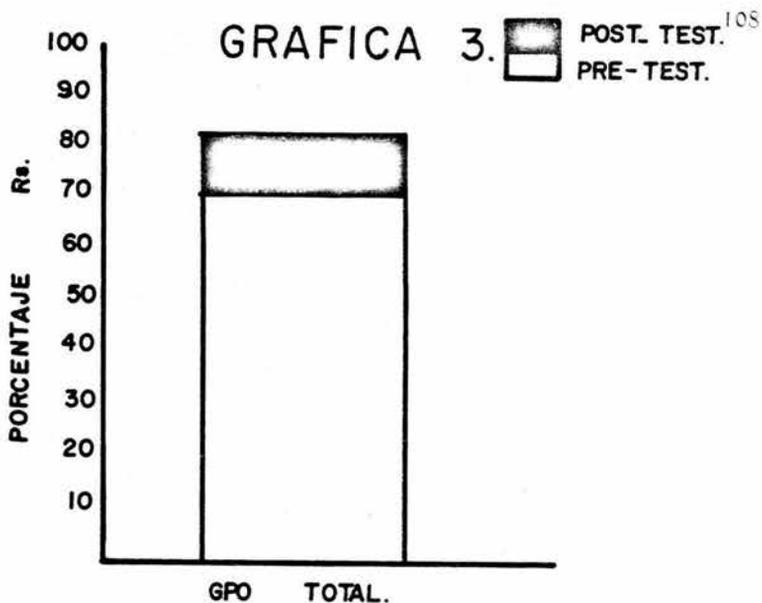
GRUPO	Ss	ESCOLARIDAD	PRE%	POST%	INCREMENTO
	1	ENF. GRAL.			
A	2	ENF. GRAL.	74.0	81.6	7.6
	3	AUX. ENF.			
B	4	AUX. ENF.	69.2	84.9	15.7
	5	ENF. GRAL.			
C	6	AUX. ENF.	72.1	81.6	9.5

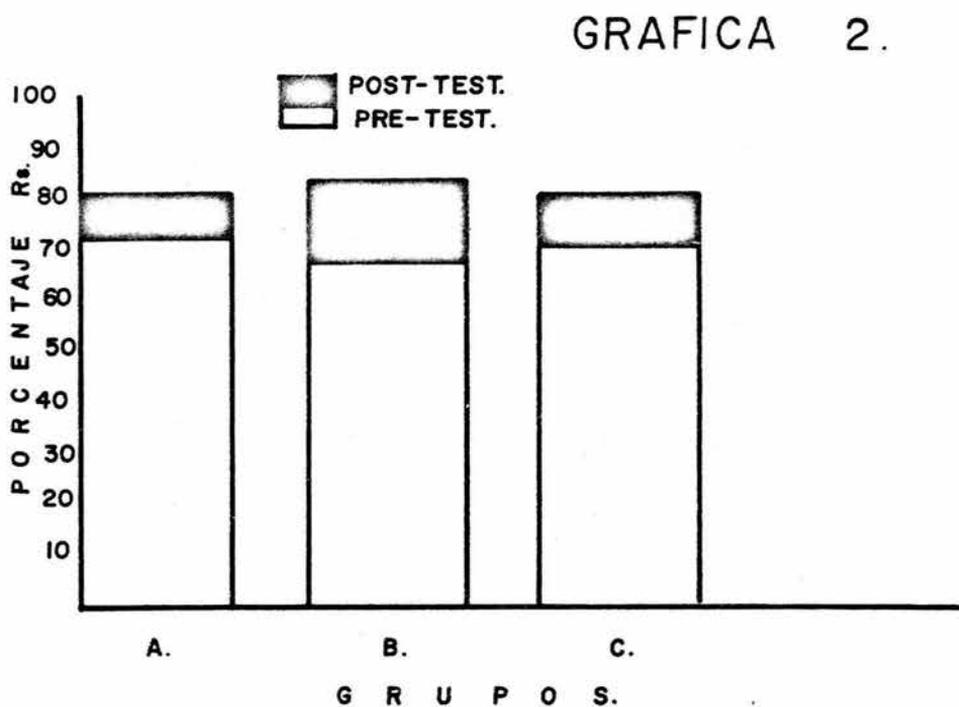
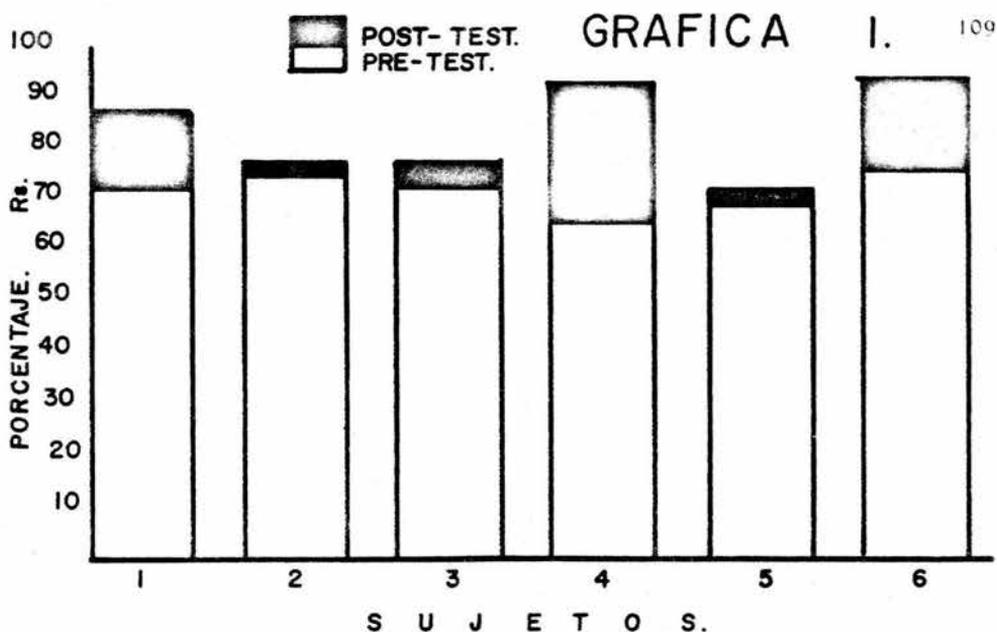
Como podemos ver en el cuadro anterior la relación directamente proporcional que se establece es que en la PRE-EVALUACION a mayor escolaridad es mayor el número de respuestas asertivas que contestaron los sujetos en la prueba., así por ejemplo el grupo A constituido por las enfermeras generales (Grupo con mayor escolaridad) obtuvieron un porcentaje de 74.9% de asertividad, el grupo C que le sigue en escolaridad (Una enf. - gral. y una aux. de enf.) también fue el segundo en el porcentaje obtenido 72.1% por último, el grupo B constituido por dos auxiliares de enfermería y que es el que menor escolaridad tiene, también fue el que menor porcentaje de respuestas asertivas tuvo en el Pretest con un 69.2% (Ver gráfica No. 3)

En la Post-evaluación todos los grupos obtuvieron un aumento en su porcentaje de respuestas asertivas y el que mejoró más fue el grupo B ya que su nivel subió un 15.7 pero hay que hacer notar que fue el que menos puntuación obtuvo en la Pre-evaluación, segundo del grupo C (9.5%) y por último el grupo A con un 7.6%. Haciendo una comparación entre los resultados de los grupos en la post-evaluación notamos que la diferencia en -

tre ellos no es muy marcada ya que llegaron casi al mismo nivel (A-81.6, B-84.9 y C-81.5) siendo su diferencia de solo 3.3 y 0% en las respuestas asertivas (Ver gráfica No. 3).

Por último mencionaremos que los autoreportes que hicieron los sujetos en base a su registro de una semana posterior al entrenamiento, solo se seleccionaron los que fueron realizados dentro del Hospital, no incluyendo los que tuvieron lugar tanto en la calle como en la casa de cada uno de los sujetos, ya que solo me interesa la relación del sujeto con sus pacientes, compañeros y jefes inmediatos, podemos notar en ellos la correcta aplicación de las técnicas de las que consistía el paquete de entrenamiento. Se ve en estos reportes que el uso de las técnicas de Psicología que aprendieron en esas tres semanas les sirvió tanto en el Hospital como en la calle y en sus relaciones familiares, decimos esto en base a reportes verbales hechos por los sujetos.





"ANÁLISIS ESTADÍSTICO PARA COMPARAR DOS GRUPOS"

Se utiliza la prueba "t", con ella podemos concluir si la diferencia que muestran ambos grupos es significativa, o sólo es producto de fluctuación de azar o de error experimental.

La fórmula es la siguiente:

$$T = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\left(\frac{SC_1 + SC_2}{(N_1 - 1) + (N_2 - 1)}\right) \left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}}$$

Se deberán cubrir los siguientes pasos:

- 1.- Determinar la MEDIA para cada grupo, la fórmula es

$$M = \frac{fX}{N}$$

- 2.- Para obtener la suma de cuadrados (SC) para cada grupo - mediante la fórmula: $SC = fX^2 - (fX)^2 - \frac{(fX)^2}{N}$

Para obtener SC de cada grupo procederemos como sigue: - Al resultado de la columna fX^2 se le va a restar el producto de elevar al cuadrado el resultado de la columna fX y dividirla entre el número de casos.

Para calcular la "t" debemos pasar las siguientes fases:

- a) Obtener las diferencias entre las MEDIAS. Este resultado siempre deberá ser positivo.

- b) Sumar SC_1 a SC_2
- c) Calcular $N_1 - 1$
- d) Calcular $N_2 - 1$
- e) Sumar $1/N_1 + 1/N_2$
- f) Substituir estos valores en la fórmula.
- g) Ejecute las divisiones de la parte inferior de la fórmula.
- h) Multiplicar los resultados obtenidos, el que siempre será positivo.
- i) Encontrar la raíz cuadrada del producto anterior
- j) Dividir el producto de la diferencia de MEDIA entre el resultado anterior.

Si "t" es suficientemente grande, podemos decir que la diferencia entre los dos grupos no se debe al azar o a algún error experimental. Para determinar que es "suficientemente grande" se consulta la tabla "t".

En Psicología se trabaja a un nivel de probabilidad (P) de 0.05 al que le corresponde un valor "t" de 1.95996 por lo que cualquier valor de "t" que nos resultara mayor que ésta se considera significativo.

A continuación mostraremos los dos grupos de datos y su desarrollo estadístico, para poder compararlos mediante esta prueba "t".

GRUPO # I

X	f	f.X	X ²	f. X ²
65.3	1	65.3	4264.09	4264.09
69.3	1	69.3	4802.49	4802.49
73.1	2	146.2	5343.61	10687.22
75.0	2	150.0	5625.00	11250.00
	6	430.80		31.003.80

$$N = 6$$

$$fX = 430.80$$

$$M = \frac{430.80}{6} = 71.80$$

$$fX^2 = 31,003.80$$

$$SC = fX^2 - \frac{(fX)^2}{N}$$

$$SC = 31,003.80 - \frac{(430.80)^2}{6}$$

$$SC = 31,003.80 - 30,931.44$$

$$SC = 72.36$$

GRUPO # 2

X	F	f.X	X ²	f.X ²
70.0	1	70.0	4900.00	4900.00
76.6	2	153.2	5867.56	11735.12
86.6	1	86.6	7499.56	7499.56
93.3	2	186.6	8704.89	17409.78
	6	496.40		41544.46

$$N = 6$$

$$fX = 496.40$$

$$M = \frac{fX}{N} = \frac{496.40}{6} = 82.73$$

$$fX^2 = 41544.46$$

$$SC = fX^2 - \frac{(fX)^2}{N}$$

$$SC = 41,544.46 - \frac{(496.40)^2}{6}$$

$$SC = 41,544.46 - \frac{246,412.96}{6}$$

$$SC = 41,544.46 - 41068.83$$

$$SC = 475.63$$

P R U E B A " T "

$$T = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\left(\frac{SC_1 + SC_2}{N_1 - 1 + N_2 - 1}\right)\left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}}$$

$$\sqrt{\left(\frac{SC_1 + SC_2}{N_1 - 1 + N_2 - 1}\right)\left(\frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2}\right)}$$

$$T = \frac{71.80 - 82.73}{\sqrt{\left(\frac{72.36 + 475.63}{(6-1) + (6-1)}\right)\left(\frac{1}{6} + \frac{1}{6}\right)}}$$

$$\sqrt{\left(\frac{72.36 + 475.63}{(6-1) + (6-1)}\right)\left(\frac{1}{6} + \frac{1}{6}\right)}$$

$$T = \frac{10.93}{\sqrt{\left(\frac{547.99}{10}\right)\left(\frac{2}{6}\right)}}$$

$$\sqrt{\left(\frac{547.99}{10}\right)\left(\frac{2}{6}\right)}$$

$$T = \frac{10.93}{\sqrt{(54.79)(.33)}}$$

$$\sqrt{(54.79)(.33)}$$

$$T = \frac{10.93}{\sqrt{18.08}}$$

$$\sqrt{18.08}$$

$$T = \frac{10.93}{4.2520}$$

$$T = 2.57$$

Como se puede ver en el desarrollo de la fórmula de la prueba "t" para el análisis estadístico de dos grupos; en este caso, la comparación de los resultados obtenidos en la aplicación de los cuestionarios PRE-POST de asertividad de Rathus, se llegó a un valor de "t" de 2.57. Dicho valor es mayor que el de 1.95996 correspondiente a un nivel de probabilidad (P) de 0.05 que es con el que generalmente se trabaja en Psicología.

Por lo tanto podemos inferir por el valor obtenido en la comparación o análisis estadístico de nuestros dos grupos de datos, es un valor "significativo" que no corresponde a errores experimentales en ambos grupos son consecuencia de la presentación del programa de entrenamiento.

D I S C U S I O N

Como podemos ver al principio del trabajo, los objetivos de la presente tesis eran dos; el primero consistía en probar el paquete de entrenamiento y el segundo ver si el orden de presentación de los componentes de dicho paquete eran un factor determinante en la obtención de resultados.

Para lograr dichos objetivos el procedimiento que se utiliza inicialmente era el de formar tres grupos de dos enfermeras generales cada grupo, pero al hablar con las autoridades correspondientes del Hospital de Infectología y por necesidades del servicio los grupos quedaron constituidos de diferente manera, ya que en lugar de utilizar a seis Enfermeras Generales que tienen a su cargo un servicio y no lo podían dejar todas al mismo tiempo, los sujetos utilizados fueron entonces tres enfermeras generales y tres auxiliares de enfermería, quedando entonces los grupos constituidos de la siguiente manera: Grupo A (2 Enfermeras Generales) Grupo B (Dos Auxiliares de Enfermería) y Grupo C (Una Enfermera General y una Aux. de Enfermería), incluyendo de esta forma otra Variable Independiente, que como veremos más adelante, si influyó en la obtención de resultados.

Para el registro de las variables dependientes, se propusieron tres formas que eran. El registro de frecuencia en sus áreas de trabajo en base a una definición operacional de tales conductas, la aplicación de inventarios de Rathus para-

la Pre y la Post evaluación y autoreportes hechos por los -- sujetos después de la aplicación del programa de entrenamiento.

Pero la limitante espacio temporal fue uno de los factores que impidió que el primer tipo de registro (de frecuencia) no se utilizará ya que como veremos más adelante la auto rización para trabajar dentro del Hospital de Infectología só lo cubría el tiempo de aplicación del programa y para tener un período de registro de frecuencia; tendría que llevarse en tres fases que son:

Período de adaptación de las enfermeras y los pacientes al registrador, período de registro anecdótico para la de finición operacional y el período de registro de frecuencia-propiamente dicho. Otro factor y no menos importante por el - que no se pudo llevar a cabo es la naturaleza de las enfermedades de los pacientes, ya que son infectocontagiosas y no se puede permanecer dentro de un cubículo de 4 pacientes por - tiempo indefinido sin alterar las normas conductuales de los-pacientes y las institucionales de la unidad y sin estar ex - puesto a dichas enfermedades. Así pues, para el registro de + las variables dependientes, solo utilizamos los inventarios de Rathus y el autoreporte por parte de las enfermeras.

Haciendo un análisis de los resultados en base a los - registros antes expuestos podemos ver que en los porcentajes-obtenidos en forma individual hay un aumento de las respues - tas asertivas en todos y cada uno de los sujetos después de -

haber recibido el Paquete de Entrenamiento (ver gráfica No. 1).

Basándonos en esas mismas puntuaciones obtenidas y haciendo un análisis de los tres grupos en conjunto encontramos que el porcentaje grupal total en la pre-evaluación fue de 71.8% de respuestas asertivas y en la medición hecha después de la aplicación del paquete de entrenamiento el porcentaje obtenido fue de 82.6% por lo que tenemos un aumento de un 10.8% como resultado de esa intervención (Ver gráfica No. 3).

En el análisis de los resultados obtenidos por cada uno de los grupos encontramos diferencias más marcadas y que son directamente proporcionales al grado de escolaridad de los sujetos utilizados en cada uno de esos grupos, como mencionamos anteriormente se utilizaron sujetos con dos tipos de escolaridad. Las enfermeras generales tienen título de la carrera, por lo tanto lo tienen que mostrar necesariamente para su ingreso al Instituto, a las auxiliares de enfermería se le pide un mínimo de 10 meses de estudios de la carrera de enfermería para poder ingresar a trabajar. Los grupos y resultados obtenidos quedaron entonces de la siguiente manera: A mayor escolaridad mayor será el número de respuestas asertivas obtenidas.

CONCLUSIONES

Como vimos en el punto anterior las respuestas asertivas de los sujetos fueron incrementados hasta llegar a un -- 82.7%. También fueron establecidas el conocimiento y práctica en una forma sistemática de las técnicas de reforzamiento y - extinción como se nota en los autoreportes entregados por los sujetos en la Post-evaluación, por lo tanto podemos concluir que el uso de un paquete de entrenamiento constituido por la asertividad combinada con dos técnicas operantes (reforzamiento y extinción) puede ser utilizado por sus resultados satisfactorios cuando los Psicólogos se enfrenten a problemas de - grandes poblaciones en donde por la naturaleza de esos problemas sea necesario el uso de para-profesionales para abarcar - al mayor número de sujetos posibles y darle solución de una - manera práctica y de fácil aplicación a sus problemas conductuales.

El primer objetivo del trabajo que era probar el paquete de entrenamiento se vió entonces cubierto y podemos decir que los resultados de el uso de este paquete fueron positivos y satisfactorios porque: a) Se estableció en los sujetos el conocimiento y práctica de la asertividad, el reforzamiento y la extinción, b) Con la aplicación de estas técnicas las Enfermeras solucionaron problemas de interacción con los pacientes y se estableció de esta manera una relación más positiva c) Con la práctica de estas técnicas por parte de las enfermeras para solucionar problemas conductuales en los pa -

cientes se está dando el proceso de desprofesionalización, ya que el Psicólogo no necesita estar presente cuando se da esta relación y puede ser un monitor que puede presentarse solo cuando sea necesario y no continuamente como en una relación-uno a uno.

La segunda variable Independiente que se utilizó fue el orden de presentación de las partes de que constaba el paquete de entrenamiento, y por medio de un diseño contrabalanceado se comprobó si ese orden afectaba en la obtención de resultados. En base a esos resultados podemos concluir que en el presente trabajo la aplicación de el paquete de entrenamiento fué importante pero en la variación de presentación de las partes no se mostraron diferencias significativas que nos demostraron que el orden de esas partes fuera una variable importante ya que el Grupo A obtuvo un 81.6% de respuestas correctas (con el orden REF-EXT-ASERTIV.) el grupo B obtuvo el 84.9% (con REF-ASERT-EXT.) y el del grupo C fue de 81.6% (con ASERT-REF-EXT).

Por lo tanto el orden de presentación en este paquete de entrenamiento en particular no fue una V.I. importante que afectara en la modificación de la Variable Dependiente.

Otro factor importante que se presentó en el desarrollo del presente trabajo fue la inclusión a "última hora" de una variable Independiente que no estaba contemplada en el proyecto inicial, pero que fué un factor determinante en la modificación o cambio de la variable Dependiente.

Como vimos en el procedimiento original, se programó - Trabajar con Enfermeras Generales (Tituladas) solamente; pero por necesidades del servicio de la unidad de Infectología, so lo la mitad de los sujetos fueron Enfermeras Generales y la - otra mitad estuvo constituida con Auxiliares de Enfermería, - cuyo grado de escolaridad es menor. En la comparación de los - resultados se notó que a mayor escolaridad mayor fue el por - centaje de respuestas asertivas que presentaron los sujetos. - Así por lo tanto las auxiliares de Enfermería que tienen me - nor escolaridad, también presentaron un menor porcentaje de - esas respuestas y por lo tanto proponemos el uso de un paquete de entrenamiento de este tipo en las personas que tengan - menos escolaridad y por lo tanto menos respuestas asertivas y de - conocimiento y práctica de las técnicas operantes, con - el fin de darles estas habilidades y que cuenten con estas - elementos para relaciones interpersonales futuras.

Entonces podemos hacer tres conclusiones importantes:

1. El uso del paquete de entrenamiento arrojó resultados positivos para la mejor interacción enfermera-paciente y la solución de problemas personales, dan- dose así un proceso de desprofesionalización 2) El - orden de presentación de las partes del paquete no - es una variable importante para la obtención de re- sultados 3) La escolaridad puede ser una Variable - Independiente importante para la replicación futura de trabajos de este tipo en donde se incluyan paque tes de entrenamiento de asertividad combinada con « técnicas operantes.

Por otra parte los autores del presente trabajo que -
remos recomendar que en futuras replicaciones se cuenten tanto
con un grupo control como con un mayor número de sujetos para
una mejor representatividad de los resultados y ya que nuestro
trabajo se vió afectado por la pequeña cantidad de sujetos -
utilizados. Porque se ha observado que en trabajos anteriores
cuando se utiliza un mayor número de sujetos se obtienen resul-
tados más significativos, y utilizando un grupo control se -
pueden observar mejor los resultados obtenidos con la compara-
ción de éste con su grupo experimental.

Por último, a continuación mostramos los inventarios-
de asertividad (PRETEST-PCSTEST) utilizados en este trabajo y
los autoreportes hechos por los sujetos.

En las preguntas siguientes va encontrar una ayuda para evaluar su asertividad. Sé sincero en tus respuestas. Todo lo que tienes que hacer es poner un círculo alrededor del número que te puede describir mejor.

(PRE - TEST)

CLAVE: * 0 significa : NO o NUNCA
 * 1 significa : DE ALGUNA MANERA, ALGUNAS VECES
 * 2 significa : PROMEDIO
 * 3 significa : POR LO GENERAL, MUCHAS VECES
 * 4 significa : PRACTICAMENTE SIEMPRE o ENTERAMENTE

1. ¿Cuando una persona es muy injusta, se lo haces saber?
2. ¿Te cuesta trabajo tomar una decisión?
3. ¿Criticas abiertamente las opiniones, ideas, comportamientos de otras personas?
4. ¿Protestas decididamente cuando alguien se pone antes que tú en la fila?
5. ¿Evitas frecuentemente a personas o situaciones por miedo a sentirte cortado?
6. ¿Tienes generalmente confianza en tu propio juicio?
7. ¿Sostienes que tu esposo (a) o compañero (a) de cuarto comparta los quehaceres domésticos?
8. ¿Eres propenso a "soñar despierto"?
9. ¿Te cuesta trabajo decir que NO, cuando el vendedor insiste, aún cuando la mercancía que te ofrece no es realmente lo que quieres?
10. ¿Haces una observación, cuando una persona que llegó después que tú, es atendida antes?
11. ¿Eres poco dispuesto a hablar en una discusión o debate con personas que no conoces bien?

12. ¿Haces alguna mención, cuando una persona te ha pedido dinero (o libro, una cosa de valor, prenda de vestir) y es morosa para devolvertelo?
13. ¿Continúas sosteniendo una discusión cuando la otra persona ya está fastidiada?
14. ¿Expresas generalmente lo que sientes?
15. ¿Te molesta que haya gente viéndote trabajar aún cuando lo estás haciendo bien?
16. ¿Le pides que deje de hacerlo, a quien está pateando o empujando tu respaldo en el cine o en una conferencia?
17. ¿Te cuesta trabajo sostener la mirada a los ojos de una persona cuando te diriges a ella?
18. ¿Le pides al mesero(a) que te cambie algún platillo cuando no ha sido bien preparado o servido?
19. ¿Regresas una mercancía para que la cambien o la compongan o la ajusten, cuando descubre que tiene una falla?
20. ¿Demuestras enojo cuando oyes un apodo o alguna palabra obscena que no te gusta?
21. ¿Tratas de estar como una figura decorativa o un mueble en una situación social?
22. ¿Insistes a tu propietario (al que te alquila algo) que se haga una reparación, ajuste o te remplace algo que está descompuesto y es su responsabilidad mandarlo hacer?
23. ¿Haces decisiones y metes tu nariz frecuentemente por otras personas?
24. ¿Eres capaz de expresar abiertamente tu amor, tu cariño, tu afecto?
25. ¿Eres capaz de pedir pequeños favores o ayuda a tus amigos?
26. ¿Piensas que siempre tienes la respuesta correcta?

27. ¿Eres capaz de exponer tu propio punto de vista cuando difieres con una persona que respetas?
28. ¿Te atreves a rehusar peticiones no razonables cuando te las hace un amigo?
29. ¿Tienes dificultad en alabar o elogiar a otras personas?
30. ¿Puedes decirle que te molesta a alguien que está fumando cerca de tí?
31. ¿Gritas o utilizas la táctica de provocar, bravear, para hacer que los demás hagan las cosas como tú quieres?
32. ¿Controlas la conversación en las reuniones familiares?
33. ¿Eres el primero en entablar una conversación cuando encuentras a una persona extraña?
34. ¿Te pones ansioso si tienes que hablar o conducirte de alguna manera en un grupo de extraños?
35. ¿Te preocupas si te haces una broma a tí mismo, o sientes haber estado bromeando como para hacer el tonto?
36. ¿Te atemorizas de caer cuando estás en un lugar alto, de donde en realidad no hay peligro de caer (por ejemplo, mirar hacia abajo, asomarse desde un balcón en un décimo piso)?
37. ¿Te ofendes fácilmente, por lo que otras personas hacen o dicen de tí?
38. ¿Te retiras a lugares apartados en reuniones sociales?
39. ¿Tienes cambios de ánimo que no puedes expresar?
40. ¿Te desanimas fácilmente cuando fracasas o te critican?
41. ¿Dices cosas a la ligera de las que posteriormente tienes que retractarte?

42. ¿Te sientes perturbado simplemente ante la presencia de alguien?
43. ¿Lloras fácilmente?
44. ¿Te lastima demasiado la crítica?
45. ¿Abandonas tu lugar en las fiestas o reuniones para evitar encontrarte con alguna persona socialmente importante?
46. ¿Te sientes frecuentemente decaído, (miserable)?
47. ¿Tienes sensación de soledad tanto cuando estás solo como cuando estás rodeado de personas?
48. ¿Te sientes seguro de tí mismo ante tus superiores, maestros, patronos, jefes, autoridades?
49. ¿Te falta confianza en tus habilidades generales para hacer cosas, realizar algo, enfrentar situaciones?
50. ¿Te sientes inseguro de tu apariencia aún cuando estés bien vestido o aseado?
51. ¿Si ves un accidente hay algo que te impide prestar ayuda (en casos no peligrosos)?
52. ¿Te sientes inferior?

- Post - inventario : Circula el número o los números de las preguntas en donde sientas que te hace falta trabajar, insistir, aprender, corregir, para cambiar por una conducta más ASERTIVA.

Ejemplo:

Si el No. 2 que dice: ¿Te cuesta trabajo tomar una decisión? y tú quisieras aprender a tomarlas o trabajar especialmente en la manifestación externa de una decisión tomada, entonces circulas el No. 2 y así sucesivamente con las demás preguntas.

INVENTARIO DE ASERTIVIDAD DE RATHUS
(POST - TEST)

Instrucciones:

Usando el código dado abajo, indique que tan característico o descriptivo de usted es cada una de las siguientes afirmaciones.

- 1.- La mayoría de la gente parecer ser más agresiva y afirmativa de lo que soy yo.
- 2.- He vacilado en hacer o aceptar citas debido a mi timidez.
- 3.- Cuando la comida que me sirven en el Restaurante no esta hecha a mi satisfacción, me quejo con la mesera o mesero.
- 4.- Soy cuidadoso para evitar lastimar los sentimientos de otras personas aún cuando siendo que he
- 5.- Si un vendedor se ha visto en problemas para mostrarme mercancía, que después de todo no es de mi entero gusto, paso un momento muy difícil para decir "no".
- 6.- Cuando se me pide que haga algo, insisto en saber el por qué.
- 7.- Existen ocasiones en que busco un argumento bueno y vigoroso.
- 8.- Me esfuerzo por superarme tanto como la mayoría de la gente en mi posición.
- 9.- Para ser honesto, la gente casi siempre se aprovecha de mí.

- 10.- Me gusta iniciar conversaciones con nuevas amistades y extraños.
- 11.- La mayoría de las veces no sé qué decir a personas atractivas del sexo opuesto.
- 12.- Titubeo en hacer llamadas telefónicas a establecimientos de negocios e instituciones.
- 13.- Preferiría solicitar un trabajo o una admisión al colegio por medio de cartas, en vez de hacerlo por medio -- de entrevistas personales.
- 14.- Encuentro embarazoso regresar mercancía.
- 15.- Si un pariente cercano y respetado me estuviera molestando, preferiría ahogar mis sentimientos en lugar de -- expresar mis molestias.
- 16.- He evitado hacer preguntas por temor parecer un estúpido.
- 17.- Durante una discusión, algunas veces temo que me sentiré tan trastornado que estaré tembloroso.
- 18.- Si un conferenciante famoso y respetado hace una declaración que creo incorrecta, daría a la audiencia mi punto de vista también.
- 19.- Evito discutir acerca de precios con empleados y vendedores.
- 20.- Cuando he hecho algo importante o significativo, permito a otros que lo conozcan.
- 21.- Soy abierto y franco acerca de mis sentimientos.

- 22.- Si alguien ha estado divulgando historias falsas y malas acerca de mí, busco a esa persona tan pronto como sea posible y tengo una plática con ella al respecto.
- 23.- Muy frecuentemente paso un momento difícil para decir-- "no".
- 24.- Tiendo a ocultar mis emociones en lugar de hacer una -- "escena".
- 25.- Me quejo de un mal servicio en un Restaurante o en cualquier lugar.
- 26.- Cuando me hacen un cumplido, en ocasiones no sé qué decir.
- 27.- Si una pareja que se encuentra cerca de mí en el teatro o en una conferencia está hablando en volúmen alto, -- les pido que se callen o que continúen la conversación en otro lugar.
- 28.- Cualquiera que intente colocarse delante de mí en una -- fila está buscando una buena pelea.
- 29.- Siempre estoy dispuesto a expresar mi opinión.
- 30.- Existen ocasiones en que no puedo decir nada.

HOJA DE RESPUESTAS

- CLAVE: *0 SIGNIFICA: NO O NUNCA
 *1 SIGNIFICA: DE ALGUNA MANERA, ALGUNAS VECES
 *2 SIGNIFICA: PROMEDIO
 *3 SIGNIFICA: POR LO GENERAL, MUCHAS VECES
 *4 SIGNIFICA: PRACTICAMENTE, SIEMPRE O ENTERAMENTE

1- 0 1 2 3 4	23- 0 1 2 3 4
2- 0 1 2 3 4	24- 0 1 2 3 4
3- 0 1 2 3 4	25- 0 1 2 3 4
4- 0 1 2 3 4	26- 0 1 2 3 4
5- 0 1 2 3 4	27- 0 1 2 3 4
6- 0 1 2 3 4	28- 0 1 2 3 4
7- 0 1 2 3 4	29- 0 1 2 3 4
8- 0 1 2 3 4	30- 0 1 2 3 4
9- 0 1 2 3 4	31- 0 1 2 3 4
10- 0 1 2 3 4	32- 0 1 2 3 4
11- 0 1 2 3 4	33- 0 1 2 3 4
12- 0 1 2 3 4	34- 0 1 2 3 4
13- 0 1 2 3 4	35- 0 1 2 3 4
14- 0 1 2 3 4	36- 0 1 2 3 4
15- 0 1 2 3 4	37- 0 1 2 3 4
16- 0 1 2 3 4	38- 0 1 2 3 4
17- 0 1 2 3 4	39- 0 1 2 3 4
18- 0 1 2 3 4	40- 0 1 2 3 4
19- 0 1 2 3 4	41- 0 1 2 3 4
20- 0 1 2 3 4	42- 0 1 2 3 4
21- 0 1 2 3 4	43- 0 1 2 3 4
22- 0 1 2 3 4	44- 0 1 2 3 4

HOJA DE RESPUESTAS

45- 0 1 2 3 4
46- 0 1 2 3 4
47- 0 1 2 3 4
48- 0 1 2 3 4

49- 0 1 2 3 4
50- 0 1 2 3 4
51- 0 1 2 3 4
52- 0 1 2 3 4

HORA	LUGAR	QUE PASO? DESCRIBA LA SITUACION	QUE Y QUIENES ESTABAN PRESENTES?	QUE HIZO USTED?	TECNICA
18:00	HOSPITAL	UNA COMPAÑERA ME AYUDO A SU- MINISTRAR SU MEDICAMENTO A - UN PACIENTE.	MI COMPAÑERA Y YO	LE DI LAS GRACIAS Y LE COMENTE QUE- CON ELLA SI TOMA- BAN LOS MEDICAMEN- TOS PORQUE LES -- CAIA BIEN	REFORZA- MIENTO
16:00	HOSPITAL	EN UN CUBICULO DE 4 PACIEN- TES HAY UNO QUE SE MOLESTA- CUANDO PREGUNTO O LE HAGO - ALGO	4 PACIENTES Y YO	ENTRE AL CUARTO, - SALUDE EN GENERAL PASE A VER, REVI- SAR Y PLATICAR - CON CADA UNO DE - ELLOS, EXCEPTO AL QUE SE MOLESTO Y SALI DEL CUARTO - SIN VOLTEAR A VER LO.	EXTINCION
16:00	2° PTE. C.245	LA ESPOSA DE UN PACIENTE - NOTO QUE A SU ESPOSO LE HA- BIAN RASURADO SU BIGOTE Y - SE ENOJO MUCHISIMO.	EL PACIENTE, SU ES- POSA Y YO.	LA ESCUCHE TRAN - QUILAMENTE, PERO- CUANDO SUBIO EL - TONO DE VOZ Y SE- COMPORTO AGRESI- VA, DI LA MEDIA - VUELTA Y LA DEJE- SOLA.	EXTINCION
19:00	2° PTE. C.237	EL MEDICO EN TBRNO ESTABA - CURANDO A UNA PACIENTE PERO NO UTILIZO LA TECNICA CORREC- TA.	PACIENTE, MEDICO Y YO.	LE DIJE AL DOCTOR DISCULPE PERO ESA NO ES LA TECNICA- ADECUADA, SI NO - LE MOLESTA YO PUE- DO INDICARLE COMO SE HACE.	ASERTIVIDAD

HORA	LUGAR	QUE PASO? DESCRIBA LA SITUACION	QUE Y QUI ENES ESTABAN PRESENTES?	QUE HIZO USTED?	TECNICA
18:30	2° PTE. C-221	UN MEDICO VA A HACER UN ESTUDIO PERO SE DIRIGE A LA PACIENTE EN UNA FORMA INADECUADA CON UN TONO DE VOZ MUY FUERTE.	MEDICO, PACIENTE Y YO.	DIJE LO SIGUIENTE DISCULPE DOCTOR, - PERO ESA NO ES LA FORMA ADECUADA DE DIRIGIRSE A UN PACIENTE.	ASERTIVIDAD
19:00	2° PTE. C-224	ACOMPÑE AL MEDICO A HACER UNA VENODISECCION LLEVANDO TODO LO NECESARIO. EL MEDICO COMENZO DICHO ESTUDIO SOLO QUE NO PEDIA EL MATERIAL VERBALMENTE Y CON SOLO MIRARLO Y CON SEÑAS LO QUERIA HACER.	MEDICO, PACIENTE Y YO.	LE DIJE AL DOCTOR DISCULPE DOCTOR - PERO YO CON SEÑAS NO PUEDO ENTENDER LE, SINO ES MUCHA MOLESTIA LE PIDO- QUE ME INDIQUE -- CON PALABRAS LO QUE NECESITE. Y ASI CON MUCHO GUSTO LE VOY A PODER AYUDAR MEJOR.	ASERTIVIDAD
18:00	HOSPITAL	UN PACIENTE PSIQUIATRICO QUE ESTA SUJETO A LA CAMA TOCA EL TIMBRE A CADA RATO Y CUANDO VOY ME DICE: SOY KARATECA Y CINTA AMARILLA.	PACIENTE Y YO	DESPUES DE HABER- ASISTIDO DOS VECES HICE CASO OMISO DEL TIMBRE Y ME RETIRE SIN REGRESAR.	EXTINCION
17:00	HOSPITAL	UN SEÑOR DE INTENDENCIA ESTA LIMPIANDO LOS VIDRIOS DE UNA SALA.	EL SEÑOR DE INTENDENCIA ALGUNOS PACIENTES Y YO.	LE DIJE AL SR. - DE INTENDENCIA: - QUE LIMPIOS ESTAN SUS VIDRIOS	REFORZAMIENTO.

HORA	LUGAR	QUE PASO? DESCRIBA LA SITUACION	QUE Y QUIENES ESTABAN PRESENTES?	QUE HIZO USTED?	TECNICA
	HOSPITAL	EL DOCTOR CH PLATICO CON UN PACIENTE ADECUADAMENTE.	DR. CH, PACIENTE Y YO.	LE COMENTE AL SR. <u>QUE</u> A LOS PACIENTES COMO LOS REVISABA Y EXPLORABA.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	LA DRA. V. PLATICABA CON UN PACIENTE EN FORMA TRANQUILA.	DRA. PACIENTE Y YO	LE COMENTE A LA DRA. <u>QUE</u> ASI LOS PACIENTES LE TENIAN MAS CONFIANZA.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	UN PACIENTE QUE GENERALMENTE ES AGRESIVO SE DEJO CAMBIAR Y CONVERSO AGRADABLEMENTE.	PACIENTE Y YO	LE COMENTE AL <u>PA</u> CIENTE QUE DE <u>ESA</u> FORMA ERA MAS AGRADABLE SU ATENCION Y SE IBA A RECUPERAR MAS PRONTO.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	A UN COMPAÑERO DE INTENDENCIA LO ENCONTRE ASEANDO EL CONTROL.	COMPAÑERO DE INTENDENCIA Y YO.	LE DIJE QUE ME AGRADABA MUCHO-- COMO QUEDO EL CONTROL Y QUE SE TRABAJABA MUY BIEN EN UN LUGAR LIMPIO.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	UN PACIENTE TOMO SUS ALIMENTOS SIN TENER QUE "OBLIGARLO".	PACIENTE Y YO	LE DIJE <u>QUE</u> DEBE CONTINUAR HACIENDO POR SU MEJOR Y PRONTO RESTABLECIMIENTO.	REFORZAMIENTO.

HORA	LUGAR	QUE PASO? DESCRIBA LA SITUACION	QUE Y QUIENES ESTABAN PRESENTES?	QUE HIZO USTED?	TECNICA
	HOSPITAL	LA JEFE DE PISO PLATICO CON NOSOTROS EN FORMA AGRADABLE (COSA QUE NO OCURRE MUY FRECUENTEMENTE).	JEFE DE PISO, 4 COM PAÑERAS Y YO.	LE DIJE QUE LA BUENA COMUNICACION ENTRE NOSOTROS PARA MEJORAR EL SERVICIO.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	UN PACIENTE SE ESTA ARREGLANDO AL LLEGAR LA HORA DE VISITA FAMILIAR.	PACIENTE Y YO.	LE COMENTE QUE SU ASPECTO ERA DISTINTO Y AGRADABLE Y QUE A SU FAMILIA LE DA GUSTO ENCONTRARLO ASI.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	PACIENTE CON IMPOSIBILIDAD PARA HABLAR, GENERALMENTE RENUENTE A LA INSTALACION DE SONDA (MORDIA LA SONDA DE ASPIRACION. EN ESTA OCA SION COOPERO PARA SU INSTALACION.	PACIENTE Y YO	LE EXPLIQUE AL PACIENTE SU BENEFICIO AL COLABORAR PARA UN MEJOR TRATAMIENTO.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	PACIENTE CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO COOPERO PARA LA INSTALACION DE SONDA NASOGASTRICA.	PACIENTE Y YO	LE EXPLIQUE	REFORZAMIENTO
	HOSPITAL	UNA PACIENTE SE MOSTRO MUY AGRESIVA EN EL MOMENTO DE LA VISITA FAMILIAR.	PACIENTE, HIJA DE LA PACIENTE Y YO.	RETIRE EL ESTIMULO REF. O SEA SAQUE A LA HIJA DEL CUARTO DEL PACIENTE.	EXTINCION

HORA	LUGAR	QUE PASO? DESCRIBA LA SITUACION	QUE Y QUIENES ESTABAN PRESENTES?	QUE HIZO USTED?	TECNICA
	HOSPITAL	UN PACIENTE PERMITIO SU CAMBIO DE POSICION	PACIENTE Y YO	LE DIJE: LOS CAMBIOS DE POSICION AYUDAN A EVITAR ESCARAS Y COMPLICACIONES PULMONARES, Y TODO ESTO LE AYUDARA A MEJORAR SU SALUD.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	UN PACIENTE BAJO POR PRIMERA VEZ DE SU SILLA DE RUEDAS.	PACIENTE Y YO	LE DIJE: YA VA MEJORANDO SU SALUD SI SIGUE ASI PRONTO LO DARAN DE ALTA PARA QUE ESTE CON SU FAMILIA.	REFORZAMIENTO.
	HOSPITAL	UN PACIENTE A LA HORA DE CENAR TOMO TODA LA COMIDA	PACIENTE Y YO	LE DIJE: QUE BIEN QUE ACEPTO TODO SU ALIMENTO PORQUE ESTO LE AYUDARA A RECUPERARSE MAS RAPIDO.	REFORZAMIENTO.

ANEXOS

Por último nos parece importante mencionar el proceso de solicitud que se hizo para poder aplicar este trabajo dentro de una institución tan importante en México como es el Seguro Social.

Primeramente se habló con las autoridades correspondientes y se nos pidió que se hiciera una solicitud por escrito dirigida tanto a la Jefatura de Servicios Médicos como a la Jefatura de Enseñanza del Centro Médico la Raza. Solicitud que fué aceptada (también por escrito) y turnada a el Director de la Unidad de Infectología lugar en donde se aplicó el trabajo a su Jefe de Enseñanza y a la Jefatura de Enfermeras en donde se determinó conjuntamente la selección de sujetos, el lugar de trabajo y los horarios respectivos.

A continuación mostramos copias de esas solicitudes -- esperando que sirvan como guía a estudiantes que tengan la necesidad de hacer trabajos profesionales en instituciones de este nivel.

México D.F., a 29 de febrero de 1964.

Doctora,
Adelia P. Lee Ramos,
Jefe Delegacional de Servicios
Médicos
Presente

J. M. S. E.
DELEGACION No. 1 DE VALDE
CARRANZA
ESTADO DE MEXICO

Attn.: Dr. Heriberto Larios
Titular de la Jefatura de Enseñanza e Investigación.

El suscrito José Luis Camargo Barrera (Pasante en Psicología), Categoría 33 Evaluador Selec. D-4, Matrícula 5257404, Adscrito a la Sección de la Subcomisión Mixta de Selección de Personal de ésta Sede Delegacional. Solicito a usted la autorización para llevar a cabo el trabajo de tesis titulado "ENTRENAMIENTO EN CONDUCTA A ENFERMERAS EN UNA INSTITUCION CLINICA", el cual consiste en proporcionar un curso instructivo de las técnicas básicas de Psicología, a 6 Enfermeras del Hospital de Infectología C.M.R., a partir del 5 al 23 de Marzo del año en curso, con el siguiente horario:

1° Grupo	2 Enfermeras	De 17 a 18:00 HRS.
2° Grupo	2 Enfermeras	De 18 a 19:00 HRS.
3° Grupo	2 Enfermeras	De 19 a 20:00 HRS.

Esperando verme favorecido con este particular.

Atentamente

José Luis Camargo Barrera

No. 30.
C.P. Eduardo Bravo Sánchez
Jefe Delég. de los Servs. Adms.

Con copia:

- Dr. Miguel Angel Paredo López Valarde.- Director del Hospital de Infectología C.M.R.
- Enf. Victoria Gómez Navarrete.- Jefe de Enfermeras del Hospital de Infectología C.M.R.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MEMORANDUM INTERNO

Al SR. JOSE LUIS CAMARGO
PASANTE DE PSICOLOGIARef. 1o. de marzo de 1964.Del JEFE DELEGACIONAL DE SERVICIOS MEDICOS~~XXXX~~ 8.092.23.03/054

Asunto:

En respuesta a su oficio de fecha 29 del mes en curso, comunico a usted la autorización para que lleve a cabo el curso informativo sobre "Técnicas Básicas de Psicología" a 6 Enfermeras del Hospital de Infectología del Centro Médico La Raza, en las fechas y horarios solicitados.

Ruego a usted que al finalizar este curso, proporcione un informe sobre las actividades realizadas y los resultados obtenidos, al Coordinador Delegacional de Enseñanza, Dr. Heriberto Larios Mendoza.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"



DRA. ADALIA F. LEE RAMOS

AFLR/HKM/yta.

B I B L I O G R A F I A

1. BATES, H. A. y ZIMMERMAN, S.F. "Toward the development of a acrennings scale for assertive behavior" "Psicosocial - Reports. 28, 99 - 107 (1971).
2. BIJOU, S. y RIBES, E. "Modificación de Conducta" problemas y extensiones. México Ed. Trillas 1972.
3. BIRK, L.: Biofeedback: Behavioral medicine, Grune & Stratton MY, 1973.
4. BRADLEY, L. y PROKOP, CH.: The relationship between medical psychology and behavior medicine. Cap. I en Medical - Psychology contributions to behavior medicine. Bradley y - Prokop, Academic Press. 1980.
5. CASTRO, LUIS "Diseño Experimental sin estadística" México - Ed. Trillas 1976.
6. COTILER Y GUERRA "Assertion Training a Humanistic Behavioral Guide to Self dignity" Ed. Research Press 1976.
7. DAWLEY, A. "Wennrich achiving assertive Behavior a guide -- to assertive training" Ed. Brooks Cole publishing Co. 1976.
8. EDWARDS, N. B. (1972) Case Conference: "Assertive Training de Harsen y Bellack Behavioral assement practical Hend Hook, Ed. Prigdmom Press (1976, 368 - 95)
9. EISLER, R.H. "Evaluation of social skills" Cap. 13 del Libro de Harsen y Bellack Behavioral assement practical Hend Hook, Ed. Prigdmom Press (1976, 368 - 95).

10. EISLER, R.H. Hersen, M. y Miller, P.M. (1973 - b) "Effects of modeling en components of asertive behavior" T. terapy and Esep. Psychiatry 4,1,6.
11. EISLER R. H. MILLER, P.M. y HERSEN M. (1973) "Components of assertive behavior" J. Clin Psychol 29, 295, 299.
12. EISLER, R.H. MILLER, P.M. HERSEN, M. y ALFORD, H.A. 9(1974) "Effects of asserive trining on marital interaction", Arch Gen Psychiat. 30, 643, 649.
13. EISLER R.H. HERSEN M. y AGRAS, W.G. (1973) "Effects of - videotape and instruccional feed back on non verbal marital interaction an analong study" Behavior Therapy 4- 551 558.
14. EISLER, R. "Evaluacion conductual en las habilidades So-- ciales" Hanaboch Press 1976 P.p. 368 - 395.
15. EISLER, R. LLOERSEN Y MILLER, P.M. "Efectos del moldeamien to sobre los componentes de la conducta asertiva" Journal of Behavioral Figeropy Vol. 4 P.p. 1 - 6 Pergomon press - 1973.
16. FRIEDMAN, P.H. (1970) "The efects of modeling and role -- playing as asertive behavior in Rubin, R.D. Fersteherm, - H. Lazaruz, A.A. y Frops. Ed. Advances in Behavior Thera- py. Nes York Academic Press.
17. GALASSI, J.P. DELO, J.S. GALASSI, M.D. Y BAISTIN (1974) - "The College Self Expesion Scale: A Measure of Assertive- ness, Behavior Therapy 5-165-171.

18. GENTRY, D.: What is behavioral medicine? cap. I en: Social Psychology and behavior medicine. Ed. Eiser R. Vohn, Wiley & Sons, 1962.
19. GUZMAN, J.M. "Algunas consideraciones sobre la desprofesionalización en psicología México ENEPI UNAM.
20. HERSEN, M. EISLER, M.R. y MILLER, M.P. "Análisis experimental de la generalización en entrenamiento asertivo --- "Behavior Reseach and Therapy (1974), Vol. 12. P.p. 295--310).
21. HERSEN, M. y Eisler, M.R. "Social Skill Training" Cap. 20-del Libro Criaig Head hazoing y Mahoney Behavior Modification, Principals issues and application Ed. Hoygthton (1976).
- 22.- HERSEN, M. Social - Skills Training for a asertive cigi-toren: A Múltiple Baseline Análisis JABA 1977 10- 183 -- 195 Number 2 (Summer) 1977.
23. HOFFMAN, A. R. WILLIANS, P.H. "La relativa eficacia de - tres tipos de entrenamiento asertivo de grupo". 1974.
24. HONING, W. "Conducta Operante" Investigación y aplicacion-es Ed. Trillas México 1975.
25. LAGUNES, V: "¿Tiene caso hablar de la desprofesionaliza - ción?" ENEPI UNAM.
26. Mc Fall, R.M. "An experimental investigation of behavio - ral reharsal in asertive training " Journal of Abnormal- Psychology 1970 Vol. 76 P.p. 3-17.

27. M. Mc. FALL R. "Cuatro experimentos sobre la contribución del ensayo, moldeamiento y entrenamiento asertivo"-
Journal of abnormal Psychology 176-81-199-218.
28. M. Mc. FALL R. y OTROS, "Ensayo Conductual con moldeamiento y entrenamiento asertivo" Journal of abnormal Psychology 77 (3) 3, 323 1971.
29. Mc. GUIGAN F. J. "Psicología Experimental" México Ed. Trillas 1975.
30. McNamaram J.R.: Behavioral Psychology in Medicine: en introduction, en: McNamara, J.R./ Behavioral approaches to medicine: Application and analysis, Plenum, N.Y. 1 - 8.
31. MATARAZZO, J.: Behavioral health and behavioral medicine, frontiers for a new health psychology. American Psychologist, V. 25, Sept. 1980. No. 9.
32. NIEL, M.K. "Generalatitition of Behavirally Oriented Asertive Training" The Psychological Record 1976 26- 117- 125.
33. PEÑALOSA E., Medicina conductual: "Trabajo intermedio sobre la definición de Medicina Conductual" Maestria en modificación de conducta ENEPI UNAM.
34. PERCEL J. Y OTROS. "La Relación entre asertividad, auto-aceptación, ansiedad y respuestas sistemáticas ante un entrenamiento asertivo de grupo". 1974 Record 1974.
35. Pomerlau, O.&. Brady, J.: Introduction: and promise of behavioral medicine, en Brady y Pomerlau. Behabiornal medicine: Theory and practice. Williams & Wilkins, 1979.

36. PROKOP, CH. & BRADLEY, L.: Methodological Issues in medical psychology and behavior medicine research. Cap. 25 en Medical psychology contributions to behavior medicine, op cit. 1980.
37. RACHMAN, J. & PHILLIPS, C.: Psychology and behavioral medicine, caps. 1 y 2. CAMBRIDGE Univ. Press. 1980.
38. RATHUS, S.A. 1972 "An Experimental investigation of assertive training in a group setting " Behav Ther Exp. Psychiaf 3:80.
39. RATHUS, S.A. 1973 A 30 "I tem schedule for assesment - assertive behavior" Behavior therapy 14, 398-406.
40. RIBES, E. "Técnicas de modificación de conducta" México - Ed. Trillas 1972.
41. RICH, R.H. y SHOADER, E.A. "Problemas de investigación en el entrenamiento asertivo" Psychological Bulletin 1976, - Vol. 83, P.p. 1031-1046.
42. RICH, R.H. y SCHOADER, E.A. "Research Issues in assertive training psychological" Bulletin 1976 Vol. 83 # 6 P.p. - 1081-1096.
43. RIM, O.C. y MASTERS, C.I. En la obra de Rim. Masters, C.- J. (autores) Behavior Therapy, Techniques and empirical - findings new academy 1974 P.p. 81-124.
44. SKINNER, B.F. "Ciencia y Conducta Humana" Barcelona Ed. - Fontanella 1969.
45. SMIRNOV, L. y OTROS PSICOLOGIA Ed. Grijalbo.

46. SPENCER, A. y OTROS. "Entrenamiento de asertividad en una escuela secundaria" *Adolescence*, Vol. - VII - 30 - 1973.
47. TILER, L.E. "La función del orientador" México Ed. Trillas.
48. VARELA, J. y SELIGSSON I. "Los trabajos de tesis y la desprofesionalización" (Una nota para su comprensión) ENEPI-UNAM.
49. VARGAS, J.E. "El proceso de desprofesionalización de la psicología ENEPI UNAM.
50. WOLPE, J. (1970) "Tige investigation of assertive behavior transcripts from two cases" *J. Behavior Ther exp. psychiat* 1:145 b.
51. WOLPE, J. "Entrenamiento asertivo" Cap. 5 del libro *Práctica de la Terapia de la Conducta* Ed. Trillas 1977 P.p. - 95 - 110.
52. YOU. E. R. RIMM, C y KENNEDY, F.D. (1973) Role reversal- and reinforcement in modification of assertive behavior-- research and therapy. 11,317 - 319.