



# Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

## Evaluación de Dos Programas Psicosociales para el Tratamiento del Paciente Mental Crónico Hospitalizado

T E S I S

Que para obtener el Grado de:  
MAESTRO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a  
ARIEL VITE SIERRA

México, D. F.

1989



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Sest. 94958

PS1 294

1989

V5



A

SOFIA SIERRA SAMANIEGO

IN MEMORIAM

Con profundo cariño a mi Padre y Hermanos,  
por esa gran familia que han conformado.

A mis siete razones que me enseñaron  
que a la vida hay que ofrecerle  
Nuestro corazón y no nuestra mente,  
Nuestra pasión y no nuestro tiempo.

AGRADECIMIENTOS.

Al Dr. Héctor Ayala V., por su invalorable  
asesoría, enseñanzas y constante estímulo.

A Georgina, Manuel, Angeles y Horacio, un  
agradecimiento especial.

A Lety Echeverría, por su inapreciable  
colaboración y amistad.

A Araceli, por la transcripción de la  
presente tesis.

A todas aquellas personas que de alguna manera  
colaboraron para el desarrollo y finalización  
del presente trabajo.

## RESUMEN

Tomando en consideración los resultados obtenidos con la instrumentación de los programas de "Aprendizaje Social" y de "Terapia Milieu", que indican la existencia de suficiente evidencia empírica, para afirmar que son sustanciales los beneficios que promueven en el tratamiento del paciente mental crónico hospitalizado y que por otra parte se han manifestado una serie de cuestionamientos sobre las bondades del modelo "Psiquiátrico-psicofarmacológico", en el sentido de que no obstante su relativa eficacia con aquellos pacientes que presentan una etiología de origen orgánico, en general ha resultado ineficaz con la gran mayoría de los mismos, el objetivo del presente estudio fue el de realizar una evaluación multidimensional para identificar y analizar los cambios diferenciales y globales que provocan cada uno de los programas citados, en las clases de conducta y áreas significativas señaladas por la investigación como factores de la problemática en que se ve inmerso el paciente mental crónico hospitalizado.

Para el logro de dicho objetivo se seleccionaron cuatro grupos de pacientes conformados de la siguiente manera: el Grupo 1 lo integraron 20 pacientes del programa de "Aprendizaje Social"; el Grupo 2 lo constituyeron 10 pacientes que recibían tratamiento "Psicofarmacológico" y que fungieron como grupo de comparación del programa de "Aprendizaje Social"; el Grupo 3 lo conformaron 20 pacientes del programa de "Terapia Milieu" y el Grupo 4 lo integraron 10 pacientes expuestos al tratamiento "Psicofarmacológico" y que fueron el grupo de comparación del programa de "Terapia Milieu". Se aplicó el Instrumento de Observación Conductual como medida central de la evaluación, en conjunción con instrumentos de evaluación ambiental, psiquiátricos y de locus de control.

Los resultados del estudio muestran, de manera general, que los programas de "Aprendizaje Social" y de "Terapia Milieu", en comparación con el modelo "Psiquiátrico-psicofarmacológico", son más efectivos, ya que propician en los pacientes conductas enmarcadas como significativas para su tratamiento y eventual rehabilitación, del mismo modo elicitan un ambiente de tratamiento que favorece el involucramiento de los mismos en actividades y rutinas, promoviendo de igual manera la toma de decisiones encaminadas a la solución de problemas y propician cambios relevantes en una gran cantidad de constructos somáticos propios de esta población.

La información que brinda el presente estudio, señala que las perspectivas del paciente mental crónico hospitalizado en las instituciones psiquiátricas federales, presentan un panorama alentador, ya que en la actualidad se cuenta con dos modelos de tratamiento "psicosocial", con una sólida concepción metodológica y una serie de técnicas y procedimientos de comprobada efectividad, que han indicado una línea de investigación promisoriosa que es importante seguir desarrollando, ya que aún existen varios aspectos que requieren de un análisis más exhaustivo para poder contar con una visión más comprensiva de la problemática del paciente mental crónico hospitalizado.

## I N D I C E

Página

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

INTRODUCCION .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
METODO .....	18
RESULTADOS .....	27
DISCUSION Y CONCLUSIONES .....	79
ANEXOS .....	84
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	111



## INTRODUCCIÓN

El tratamiento y rehabilitación del paciente mental crónico - hospitalizado, no representa un problema nuevo, ya que desde - hace varios siglos se han promovido esfuerzos de diversas índoles con el propósito de dar solución a dicho problema. Como - consecuencia de ello, se han desarrollado una serie de prácticas, técnicas y procedimientos, como lo fueron en tiempos no - muy lejano, el empleo del exorcismo, el encadenamiento, los - baños de agua fría, etc. Así como la lobotomía, la terapia - electroconvulsiva, los comas insulínico y metrazólico, los psicofármacos, etc., en épocas recientes (Zilboorg y Henry, 1941; Roheim, 1955; Schneck, 1969; Alexander y Selesnick, 1970).

Considerándose que dichas prácticas han respondido, primordialmente, a la concepción que en cada época tenía el hombre sobre la naturaleza humana y su entorno, la cual se elaboró a partir de los mitos, intuiciones, conocimientos y en la actualidad - por el desarrollo de la investigación científica (Alexander y Selesnick, 1970).

El modelo que en la actualidad prevalece no solo en México, sino en el mundo occidental, es el Médico Psiquiátrico Psicofarmacológico, el cual surgió en la década de los 50s. Conceptualizando a las conductas *irracionales y patológicas* del paciente mental, como producto de las alteraciones de la bioquímica cerebral, más que de las experiencias propias del individuo, - lo que se traduce en una enfermedad mental subyacente, planteando que en un problema de enfermedad mental, en nuestros días, se puede solucionar con la utilización de psicofármacos (Alexander y Selesnick, 1970).

No obstante que esta modalidad sugirió en sus inicios, una renovada efectividad en los programas de tratamiento institucional, a través del tiempo, una serie de investigaciones han mostrado que dicho modelo no posee las propiedades para el logro de la rehabilitación del paciente mental crónico (Wing y - -

Brown, 1970; Rosenham, 1973; Taube y Meyer, 1975; Erickson, - 1975), ya que la probabilidad que tienen los pacientes de ser dados de alta y permanecer en la comunidad después de dos años de hospitalización, es de 6%, lo cual se considera no se modificará en lo que resta del presente siglo (Gurel, 1966; Hassall y cols., 1975; Kramer y cols., 1961; Ullmann, 1967).

En la actualidad se han postulado una serie de hipótesis que - explican con un alto grado de plausibilidad este tipo de fracaso, se han señalado factores tales como; personal profesional insuficiente, mal preparado y mal remunerado; relaciones inadecuadas entre el personal y los pacientes; instalaciones arquitectónicamente mal diseñadas; suspensión de medicamentos, limitaciones presupuestales y problemas administrativos (Ayllon y Azrin, 1965; Talbott, 1978; Pucheu, 1981).

Independientemente de que estas hipótesis sean o no factibles, es claro que las características del modelo Médico Psiquiátrico Psicofarmacológico, no son las suficientes para cubrir el - objetivo de las instituciones psiquiátricas, que es el de mejorar el funcionamiento del paciente en el ámbito hospitalario y eventualmente darlo de alta hacia una mayor independencia en - su comunidad de origen (Paul y Lentz, 1977).

La problemática reseñada ha dado lugar al surgimiento de una - aproximación *psicosocial* (Paul, 1969 a), la cual ha tomado como base dos consideraciones, la primera se refiere a que esta problemática se debe al resultado de la interacción de las características de los pacientes y la de los ambientes hospitalarios, haciéndose más evidente que la ineficacia de los tratamientos en combinación con las características institucionales presentan un mayor peso que las características de los pacientes (Gruenberg, 1967; Zusman, 1966), la segunda a los resultados de los análisis de estudios retrospectivos de pacientes dados de alta, los cuales indican que la probabilidad de que un

paciente permanezca en la comunidad después de su liberación - institucional está en función de su misma conducta, de factores ambientales y de la interacción de ambos. Existiendo un considerable acuerdo en estos factores en los estudios empíricos (Ayllon y Azrin, 1965) y en el punto de vista de los teóricos de la interacción social (Goffman, 1961; Ullmann, 1967).

En lo que concierne a nuestro país, las investigaciones realizadas con este tipo de población, han señalado que aproximadamente el 81% del total de pacientes, está conformada por pacientes crónicos (Rodríguez, 1980), lo que aunado con los resultados poco satisfactorios del modelo Médico Psiquiátrico - Psicofarmacológico, principalmente con aquellos pacientes que no responden rápidamente a los esfuerzos del tratamiento; los bajos índices de externalizaciones y las frecuentes readmisiones, han ocasionado la necesidad de disponer de un número considerable de camas por largos periodos de tiempo y por consiguiente serios problemas de índole financiero (Pucheu, 1981).

Esta problemática se ha visto reflejada en el censo realizado por De la Parra y Cols. (1983), sobre el estado actual de esta población. Observándose que de una muestra de 2,141 pacientes internados en las diversas instituciones psiquiátricas de la Secretaría de Salud, sólo el 20% es rehabilitable y susceptible de ser dado de alta; la gran mayoría, el 80%, debe permanecer internado por ser incapaz de cuidarse así mismo. De este 80%, sólo el 48% es parcialmente rehabilitable y puede dedicarse a actividades de tipo agropecuario y en menor medida a las artesanías, y el restante 32% no presenta posibilidad alguna de rehabilitación.

Ante esta situación y considerando los resultados exitosos demostrados con el enfoque *psicosocial* (Paul y Lentz, 1977), en los hospitales norteamericanos; en 1979 la Facultad de Psicología de la UNAM y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, subven-

cionan un programa de tratamiento *psicosocial* basado en el modelo de *Aprendizaje Social*, como una alternativa al modelo imperante.

El mencionado programa se instrumenta en el pabellón 'D' del Hospital Granja La Salud, dependiente del Instituto de Salud del Estado de México. Conceptualizando a la conducta *anormal, problemática o desviada* característica del paciente mental, como el resultado de ciertas experiencias de aprendizaje (Kazdin y cols., 1980), y de manera más específica en términos de déficits y/o excesos conductuales (Paul y Lentz, 1977), por lo que esta aproximación tiene un carácter esencialmente reeducativo.

La filosofía que subyace en este programa considera que el tratamiento de este tipo de pacientes se debe llevar a cabo a través de dos estrategias; a). Reprogramando el ambiente hospitalario con la finalidad de que éste sea conducente al aprendizaje o reeducación, y b). Aplicando sistemáticamente técnicas y procedimientos de intervención conductual (instrucciones, moldeamiento, costo de respuestas, etc.). En este sentido, dada la relevancia que en este programa tienen los factores conductuales, así como los componentes que conforman el ambiente social en el cual se presenta la conducta, se le conceptualiza como tratamiento psicosocial (Paul, 1969 a).

Estructurándose el programa con base en tres niveles de tratamiento: 1). Nivel inicial; 2). Nivel intermedio, y 3). Nivel de graduación. Estos niveles han sido diseñados de tal manera que incrementa de forma progresiva y sistemática la complejidad de las diversas habilidades conductuales que requiere el paciente para su adecuado funcionamiento en la comunidad.

El primer nivel o inicial, se centra de manera específica en el establecimiento, generalización y mantenimiento de habilidades de autocuidado y relaciones interpersonales.

El segundo nivel o intermedio tiene como objetivo el establecimiento, generalización y mantenimiento de habilidades tales como; lectura, aritmética básica, prevocacionales y aseo de la vivienda.

Finalmente en el tercer nivel o de graduación se enfatiza el establecimiento, generalización y mantenimiento de habilidades en solución de problemas, interacción social, vocacionales y control de conducta bizarra (delusiones, alucinaciones, tics, etc.).

Para el establecimiento de tales habilidades el programa se configura de cuatro áreas de entrenamiento:

- a) Social: interacción social.
- b) Vocacional: prevocacionales y vocacionales.
- c) Autocuidado: apariencia personal y aseo de la vivienda.
- d) Programas especiales: precurrentes y control de conducta bizarra.

Las cuales se encuentran sustentadas por un sistema motivacional basado en una economía de fichas, que en este caso han tomado la forma de *puntos* (Phillips y cols., 1974), el cual ha sido diseñado para proporcionar un máximo de retroalimentación a los pacientes, tomando en consideración los tres niveles de tratamiento.

Los resultados obtenidos con la aplicación de este programa, muestran patrones similares de efectividad con los obtenidos en otros estudios (Caballero y cols., 1981; Ayala y cols., 1982; Quiroga, 1982; Quiroga y cols., 1986-1987).

No obstante los logros obtenidos con el programa de *Aprendizaje Social*, en 1981 se genera el desarrollo de un nuevo programa de tratamiento en un pabellón de hospital campestre Doctor

Samuel Ramírez Moreno, dependiente de los Servicios Coordinados de Salud en el Distrito Federal, el cual representa el segundo modelo propuesto por el enfoque *Psicosocial*, denominado *Terapia Milieu* (Paul y Lentz, 1977, Paul, 1969 a).

El programa de *Terapia Milieu* deriva su filosofía de uno de los tratamientos iniciales empleados con el paciente mental, conocido como *Tratamiento Moral* (Bockoven, 1963), que se implementó durante la segunda mitad del Siglo XVIII en Italia, Francia e Inglaterra, enfatizando el valor de la educación, la ocupación y la influencia social; así como la necesidad de involucrar a los propios pacientes en actividades normalizantes en la comunidad. En la actualidad este modelo, desde un punto de vista metodológico, sus conceptos operativos se derivan de la psicología social al fomentar procesos tales como presión social, cohesión de grupo, competencia, cooperación, etc.

Al igual que el programa de *Aprendizaje Social*, el programa de *Terapia Milieu* visualiza al paciente desde una perspectiva reeducacional, por lo que considera que los esfuerzos del tratamiento deben centrarse, en proporcionarle una serie de habilidades, principalmente aquéllas que incluyan su resocialización y el decremento de conducta bizarra, las cuales son fundamentales para su adecuado desenvolvimiento en la comunidad.

Para el logro de dicho objetivo el programa en cuestión se estructura en tres áreas de entrenamiento, a saber:

- a) Clínica: solución de problemas individuales y familiares.
- b) Social: cohesión grupal, presión social, cooperación y toma de decisiones.
- c) Conductual: autocuidado, aseo de la vivienda, prevocacionales, vocacionales, interacción social, académicas y control de conducta bizarra.

Estas áreas se enmarcan en cuatro niveles de tratamiento, en donde cada nivel corresponde a un estado diferente de funcionamiento conductual, enfatizando a su vez, las diversas áreas de intervención.

Es así como en el primer nivel se tiene como finalidad el establecimiento, generalización y mantenimiento de habilidades de autocuidado, interacción social y aseo de la vivienda.

El segundo nivel promueve el establecimiento, generalización y mantenimiento de habilidades de conversación prevocacionales y reducción de conducta bizarra (alucinaciones, delusiones, tics, etc.).

En el tercer nivel se hace énfasis en el establecimiento, generalización, mantenimiento y habilidades de lectura, aritmética básica, solución de problemas individuales, toma de decisiones y vocacionales.

En el cuarto y último nivel, se tiene como objetivo el establecimiento, generalización y mantenimiento de actividades laborales, entretenimiento familiar y elaboración de planes de alta.

A diferencia del programa de *Aprendizaje Social*, los principales procedimientos que utiliza el programa de *Terapia Milieu* para el logro del cambio terapéutico son tres reglas de determinación situacional:

- a) Regla de la Expectancia. Esta regla afirma que la frecuencia de la ocurrencia de una acción o conducta está en función de la expectancia comunicada en ese momento o antes de su ocurrencia. Las conductas a las que se comunican expectativas positivas incrementarán su ocurrencia en el futuro y a aquellas en donde se expresen expectativas negativas tenderán a decrementar o desaparecer posteriormente.

De esta regla se derivan los principios primordiales para -

incrementar y mantener conductas apropiadas: 1). Proporcionar retroalimentación negativa cuando ocurre o después que se presente la conducta; 2). Promover la oportunidad para que la conducta ocurra, y 3). Interpretar el aspecto *metacomunicativo* de la conducta.

- b) Regla del Involucramiento. Esta regla señala que la adquisición de conductas nuevas está en función del grado de participación personal para resolver desafíos o crisis. Un desafío o crisis es una situación en la cual la conducta esperada, no esta en el repertorio del paciente. La toma de decisiones y la solución de problemas son clases de conducta que dependen de esta regla.
- c) Regla de la Cohesión Grupal. Esta regla expone que la conducta depende del sentimiento de pertenecer a una colectividad, ser miembro de un grupo. En general la presión social es la mayor fuente motivacional para los adultos a través de la comunicación de expectativas y la aplicación de sanciones. El grupo al que pertenece la persona provee el soporte y la fuerza para ejecutar conductas específicas y también para controlar las consecuencias más importantes. Sentirse estimado y aprobado por el grupo es la recompensa más poderosa; la desaprobación del grupo y finalmente la expulsión es el castigo o la pena más fuerte.

Por otro lado, el principal medio para implementar estos procedimientos es la *Comunidad Terapéutica*, la cual es una comunidad en miniatura en la que se considera a los pacientes como participantes y asistentes de sus propios asuntos, con la estructura de los cuatro niveles de intervención y diez reglas de convivencia en grupo.

A su vez la comunidad terapéutica esta organizada en dos facetas que juegan un papel esencial y que son *El grupo comunita-*



rio que está compuesto por todos los pacientes y el personal - del programa, teniendo como función la regulación, legislación y solución de los problemas que afectan al grupo como totalidad. Y los *grupos de convivencia* que están compuestos por dos subgrupos de 10 pacientes y el personal asignado a cada subgrupo, siendo los responsables del contenido y ejecución de sus propias actividades, así como la conducta de cada uno de sus miembros.

Los resultados obtenidos en el presente programa, indican que representa otra alternativa potencial, para el tratamiento del paciente mental crónico hospitalizado (Vite y Cárdenas, 1983; Quiroga y cols., 1986).

Cabe señalar, que no obstante que en la actualidad existen una serie de reportes y estudios sobre esta área en particular - - (Lartige, 1982; Pulido y Krasoievitch, 1982; Ryan, 1983; Valencia, 1984; 1985; 1986), ninguno de ellos se encuentra anclado a un modelo de programa articulado, por lo que se considera - que los dos programas *Psicosociales* anteriormente expuestos, - representan un caso único en nuestro país.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe la suficiente evidencia empírica para afirmar que son sustanciales los beneficios que promueven en el paciente mental crónico hospitalizado los programas de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu* (Ayala y cols., 1982; Quiroga y cols., 1986; 1987), asimismo existen también una serie de cuestionamientos sobre las bondades del tratamiento *Psiquiátrico-psicofarmacológico*, en el sentido de que no obstante su relativa eficacia con aquellos pacientes que presentan problemas de origen orgánico, en general ha resultado ser ineficaz con la gran mayoría de los pacientes mentales, dando lugar al actual sistema de custodia que impera en la generalidad de las instituciones psiquiátricas federales (Pucheu, 1981; Rodríguez, 1980). Motivo por el cual se propone llevar a cabo una evaluación multidimensional, para identificar y analizar los cambios diferenciales y globales en los que inciden cada uno de los tres programas de tratamiento señalados, en las clases de conductas relevantes y otras áreas significativas de la problemática del paciente mental crónico.

Los procedimientos de evaluación, tanto en la práctica clínica como en la investigación, deben ser seleccionados en relación con sus objetivos, en virtud de que diferentes propósitos requieren diferentes niveles y clases de evaluación (Cronbach y Glesser, 1965; Glesser, 1968; Wilson y Evans, 1983; Neale y cols., 1983), ya que se ha observado que la mayoría de las aproximaciones tradicionales para evaluar la conducta del paciente mental crónico son clínica y/o prácticamente inaplicables, a causa del bajo funcionamiento, apatía, falta de cooperación y conducta problemática de esta población. Por lo que se ha señalado que la forma más adecuada de evaluación, es a través de instrumentos ecológico-conductuales, que tienen como finalidad el muestreo de clases de conducta relevantes en

un ambiente natural, por medio de un sistema de registro de -  
muestreo de tiempos (Paul y Lentz, 1977), así como la aplica-  
ción de instrumentos o escalas estandarizadas, que no obstante  
son de poca utilidad para el diseño y programación del trata-  
miento, proveen de información sustancial para evaluar el fun-  
cionamiento global de los pacientes como efecto del mismo (Pa-  
ul, 1969 b, 1974; Lentz y cols., 1971; Alevizos y cols., 1978).

Los instrumentos ecológico-conductuales se ubican dentro del -  
contexto de medidas multidimensionales, las cuales han sido dede  
finidas como un sistema de registro directo o indirecto que in  
corpora un amplio rango de conductas dentro de un número fini-  
to de categorías (Alevizos y cols., 1977). Este tipo de medi-  
das han sido diseñadas para la observación y análisis de la -  
conducta en diversos ambientes; familiares (Jones y cols., - -  
1975); centros de cuidado infantil (Cataldo y Risley, 1974; -  
Doke y Risley, 1972), y ambientes recreacionales (Boer, 1968).

La evaluación multidimensional con pacientes mentales interna-  
dos, usualmente ha consistido en la observación y registro ins  
tántaneo del comportamiento de los mismos en un ambiente de -  
tratamiento, utilizando una muestra predeterminada de catego-  
rías conductuales. El instrumento prototipo lo constituye el  
Inventario de Localización-Actividad (Hunter y cols., 1966), -  
el cual fue diseñado para evaluar la conducta de un grupo de -  
pacientes esquizofrénicos en un programa de tratamiento conduc  
tual. Este instrumento se estructura en cuatro dimensiones. -  
a). Localización, que incluye 14 escenarios físicos; b). Posi-  
ción, que abarca 6 disposiciones del cuerpo; c). Postura, que  
contempla 6 posiciones del cuerpo, y d). Actividad, que involu-  
cra cinco clases de conductas, tales como actividad social, ac  
tividad no funcional, etc.

Otro instrumento relevante es la Forma de Estudio de la Conduc  
ta (Schaefer y Martín, 1966), en el cual se introdujeron variaia

ciones en cuanto a la agrupación de las categorías conductuales. Dicho instrumento fue aplicado para evaluar la conducta de *apatía* en pacientes esquizofrénicos. Estructurándose en tres dimensiones, a). Conductas Mutuamente Excluyentes, que incluyen las posiciones corporales de sentado, acostado, caminando y parado; b). Conductas Concomitantes, que contempla 13 clases de conductas que pueden ocurrir de manera simultánea (fumar, hablar, ver televisión, etc.), y c). Localización, que se integra de 5 áreas de convivencia. La conducta de *apatía* fue operacionalmente definida como la ocurrencia de una de las cuatro conductas mutuamente excluyentes, sin la presentación de conductas concomitantes. Los resultados obtenidos indican, que tanto las conductas mutuamente excluyentes como las concomitantes, son de utilidad para el diseño y evaluación de planes de tratamiento con una gran variedad de conductas en pacientes mentales hospitalizados.

Los instrumentos que se han desarrollado posteriormente, han sido variaciones del esquema básico de los dos instrumentos anteriormente descritos, entre los cuales se encuentra: El Mapeo Conductual (Ittelson y cols., 1970); el Sistema de Observación de la Conducta (Hartmatz, 1973); el Sistema de Interacción Personal-Paciente (Paul y cols, 1973), y la Lista de Chequeo Conductual de Muestreo de Tiempos (Mariotto y Paul, 1974).

Uno de los instrumentos que ha mostrado tener un alto índice de confiabilidad y validez para evaluar intervenciones programáticas, es el Instrumento de Observación Conductual (Alevizos y cols., 1975), el cual es una derivación del instrumento de Shaefer y Martín (1966). Dicho instrumento divide sus códigos observacionales en tres dimensiones: a). Conductas Mutuamente Excluyentes, que abarca 5 posiciones del cuerpo: parado, sentado, acostado, caminando y corriendo; b). Conductas Concomitantes, que integra 15 clases de conductas (sociales, de trabajo, etc.), y c). Localización, en donde se especifica el escenario

en el cual el paciente es observado.

La representatividad del intervalo de muestreo de tiempo del instrumento fue determinado a través de dos procedimientos; primero la amplitud óptima del intervalo de observación se preciso comparando paramétricamente intervalos observacionales de 1, 5 y 15 segundos, con un criterio de 30 segundos. En cuanto a la frecuencia óptima del muestreo, ésta se obtuvo realizando un promedio de 12 a 15 observaciones diarias por un espacio de 2 semanas, con una muestra de 60 pacientes internados. Los análisis resultantes indicaron que dos observaciones diarias al azar con un intervalo de 5 segundos cada semana, proporcionan datos similares que con intervalos más amplios y observaciones diarias.

En relación con su aplicación formal, Alevizos y cols., (1975), lo instrumentaron con la finalidad de evaluar los efectos conductuales del cambio de formato de un taller educacional como parte de un programa de tratamiento para pacientes mentales internados, utilizando un diseño reversible modificado con un grupo control. Considerándose como objetivos, las conductas de participación social, aislamiento, trabajo e involucramiento en la tarea. Observándose un incremento significativo en la conducta de participación social y un decremento en la de aislamiento social en comparación con el grupo control.

De igual manera se ha aplicado para evaluar los cambios conductuales de un programa psicofarmacológico, Callahan y cols., (1975), estudiaron los efectos conductuales que provocaba la reducción de la frecuencia de la administración de la fenotiazina, a través de un diseño de grupo experimental y grupo control. El análisis de datos mostraron que los pacientes presentaron conductas de *alerta*, cuando sufrieron cambios en el programa de administración. La conducta de *alerta* se consideró cuando los pacientes mantenían los ojos abiertos.

En México, Rodríguez y cols., (1982), aplicaron el instrumento con el objetivo de evaluar los efectos conductuales provocados por la aplicación de diferentes tratamientos psicofarmacológicos en pacientes mentales hospitalizados, con una muestra de 120 pacientes seleccionados por muestreo al azar simple. Los resultados obtenidos indican que la actividad general de los pacientes se mostró más alterada cuando el tratamiento farmacológico utilizaba el haldol, provocando un efecto más marcado en la actividad general cuando fue suministrado por vía depot.

Los resultados de los estudios anteriormente revisados, señalan que la utilización del Instrumento de Observación Conductual en ambientes de tratamiento clínico, representan una estrategia sistemática y eficiente para la evaluación de programas institucionales.

Por otro lado, la aplicación de escalas estandarizadas como parte integrante de una evaluación multidimensional, han permitido interpretar y ampliar los datos de las medidas conductuales directas, al determinar cuáles son los efectos de un programa de tratamiento en las diversas áreas de la compleja problemática del paciente mental crónico hospitalizado (Gripp y Magaro, 1971; Milby y cols., 1973; Wallace, 1976).

Una de estas áreas la constituye el ambiente que priva en los escenarios psiquiátricos, que de acuerdo a una serie de análisis sociales, propicia en el paciente un conjunto típico de conductas caracterizadas por dependencia, conducta problemática, apatía, irresponsividad, etc., que conforman el síndrome que varios autores han denominado de *desculturización*, (Goffman, 1961); de *institucionalización* (Paul, 1969 a); o de *aislamiento social* (Gruenberg, 1967). La importancia de este tipo de influencia ambiental ha generado el desarrollo y la aplicación de instrumentos de medición indirecta, que permitan conocer la percepción tanto del personal como de los pacientes so-

bre el *clima social* que prevalece en los ambientes psiquiátricos.

Los instrumentos más representativos en esta área son: la Escala de la Atmósfera del Pabellón (Moos y Houts, 1968); la Escala Ambiental para Instituciones de Custodia (Moos, 1975), y la Escala Ambiental de Programas Orientados a la Comunidad (Moos, 1974 a). Las cuales se integran de 9 y 10 subescalas, que conforman tres dimensiones a saber: a). Dimensión de Relaciones, que identifica la naturaleza e intensidad de las relaciones entre el personal y los pacientes; b). Dimensión de Mantenimiento y Cambio en el Sistema, la cual evalúa si el ambiente del programa es ordenado y claro y si es capaz de mantener el control y la responsividad de los pacientes al cambio, y c). Dimensión de Desarrollo del Sistema, que indica cuáles son las principales direcciones que tiene el programa.

Otra área relevante es la sintomatología del paciente mental, la cual ha sido definida como un desorden que involucra problemas en los procesos del pensamiento y lenguaje; desórdenes - - efectivos y distorsión perceptual de la realidad. La mayoría de estos síntomas no son observables directamente y en la evaluación tradicional usualmente se involucra la impresión subjetiva (Alevizos y Callahan, 1977).

Por lo cual los instrumentos que se han desarrollado en el campo psiquiátrico han tenido, en los últimos años, como propósito el de contar con instrumentos clínicamente validados tanto para fines de tipología y clasificación descriptiva de dichos síntomas en el paciente mental, como para proporcionar de una manera rápida, consistente y eficaz el grado y naturaleza de los efectos terapéuticos de un programa de tratamiento, especialmente al de tipo psicofarmacológico (Gómez-Mont, 1982; De la Parra y cols., 1982).

Los instrumentos más comunes para evaluar la sintomatología del paciente son: el Perfil de Reacción Psicótica (Lorr y cols., 1966), la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (Overall y Gorham, 1966), la Escala de Observación de la Enfermera para Pacientes Internados (Honigfield y cols., 1966) y la Escala de Auto-reporte de Síntomas (Derogatis y cols., 1973), las cuales han reflejado los efectos de intervención globales de intervenciones conductuales (Gripp y Magaro, 1971; Lentz y cols., 1971; Shwartz y Bellack, 1975; Bennett y Maley, 1973; Ryan, 1982; Puente, 1982).

Por último, otra área que ha sido poco estudiada, pero que representa un factor relevante, es la evaluación del *Locus de Control*, la dicotomía internalidad-externalidad, en el paciente psiquiátrico. La cual tiene como finalidad conocer la percepción del individuo entre sus creencias y comportamiento. Indicándose que una persona con un *Locus de Control Externo* percibe que las consecuencias de sus acciones no guardan relación con las mismas, creyendo que las consecuencias son producto del azar, la casualidad, el destino o fuerzas que están más allá de su control personal. En cambio una persona con un *Locus de Control Interno* percibe que las consecuencias de su comportamiento están fuertemente influidas por el mismo (Strickland, 1978; Lau, 1982; Lau y Ware, 1982).

Su relevancia radica en que se considera que una de las metas de cualquier intervención terapéutica, es la de promover en el paciente un *Locus de Control Interno* (Lefcourt, 1976; 1981; Lefcourt y cols., 1981), señalándose que las técnicas y procedimientos de intervención conductual son especialmente útiles para el logro de dicha meta (Rotter, 1966; 1975).

Esta concepción ha sido demostrada, principalmente, en los programas que han empleado economías de fichas con pacientes esquizofrénicos (Lesyk, 1969) y con adolescentes predelinquentes (Eitzen, 1975).



Por otra parte, Paul (1969 a), ha señalado la existencia de - 3 áreas de conductas significativas en las que los pacientes - mentales crónicos suelen presentar déficits y/o excesos conduc - tuales relevantes y que por consiguiente se deben de conside - rar para cualquier programa de tratamiento con fines de rehabi - litación, dichas áreas son: 1). Resocialización, que incluye - conductas de autocuidado, interacción social y de comunicación; 2). Instrumental, que abarca conductas provocacionales, voca - cionales, laborales y de aseo de la vivienda, y 3). Control de Conducta Bizarra, que tiene como objetivo el decremento o eli - minación de conductas alucinatorias, delusionales, agresivas, tics, etc.

Con base en las consideraciones señaladas, el presente trabajo se desarrolló con el objetivo de evaluar el impacto que tienen los programas de *Aprendizaje Social*, *Terapia Milieu* y el *Médi - co Psiquiátrico Psicofarmacológico* en las clases de conductas y las áreas relevantes que configuran la problemática del pa - ciente mental crónico hospitalizado, tomando como parámetros - los siguientes indicadores:

- a) Evaluación de las Conductas de Resocialización.
- b) Evaluación de las Conductas Instrumentales.
- c) Evaluación de la Conducta Bizarra.
- d) Evaluación de la Calidad del Ambiente
- e) Evaluación de la Internalidad-Externalidad, y
- f) Evaluación de Sintomatología.

## MÉTODO

### Sujetos

Para efectos del presente estudio, se seleccionaron a cuatro grupos de pacientes, distribuidos de la siguiente manera:

#### Grupo 1

Lo conformaron 20 pacientes seleccionados al azar, por medio de una tabla de números aleatorios, del total que participaban en el programa de *Aprendizaje Social*, que se desarrolló en el pabellón 'D' del Hospital Granja La Salud, y cuyas características sociodemográficas se describen a continuación: Diagnóstico Principal: Esquizofrénicos 75%; Oligofrénicos 10%, y Epilépticos 15%. Educación: Ninguna 5%; Primaria 70%; Secundaria 20%, y Profesional 5%. Edad: de 21 a 30 años 45%; de 31 a 40 años 55%. Estado Civil: Solteros 100%. Tiempo de Hospitalización: de 0 a 5 años 30%; de 6 a 10 años 65%, y de 11 a 15 años 5%. Tipo de Medicamento: Neurolépticos 65%; Anticonvulsivos 25%, y Combinado 10%.

#### Grupo 2

Que fungió como grupo de comparación del programa de *Aprendizaje Social*, lo constituyeron 10 pacientes del pabellón 'C' del mismo hospital y que estaban expuestos al tratamiento *psicofarmacológico*, describiéndose a continuación sus características sociodemográficas: Diagnóstico Principal: Esquizofrénicos 75%; Oligofrénicos 10%, y Epilépticos 15%. Educación: Ninguna 10%; Primaria 60%, y Secundaria 30%. Edad: de 21 a 30 años 40%, y de 31 a 40 años 60%. Estado Civil: Solteros 100%. Tiempo de Hospitalización: de 0 a 5 años 35%. Tipo de Medicamento: Neurolépticos 65%, Anticonvulsivos 25%, y Combinado 10%.

### Grupo 3

Lo integraron 20 pacientes seleccionados al azar, por medio de una tabla de números aleatorios, del total que participaban en el programa de *Terapia Milieu*, que se instrumentó en el pabellón 4 del Hospital Campestre Doctor Samuel Ramírez Moreno, presentando las siguientes características sociodemográficas: Diagnóstico Principal: Esquizofrénicos 65%; Oligofrénicos 15%, y Epilépticos 20%. Educación: Primaria 60% y Secundaria 40%. Edad: de 21 a 30 años 65%, y de 31 a 40 años 35%. Estado Civil: Solteros 100%. Tiempo de Hospitalización: de 0 a 5 años 45%; de 6 a 10 años 40%, y de 11 a 15 años 15%. Tipo de Medicamento: Neurolépticos 65%, Anticonvulsivos 15%, y Combinado 20%.

### Grupo 4

El cual representó el grupo de comparación del programa de *Terapia Milieu*, en virtud de que recibía tratamiento *psicofarmacológico*; lo conformaron 10 pacientes del pabellón 3 - del citado hospital, los cuales exhibieron las siguientes características sociodemográficas: Diagnóstico Principal: - Esquizofrénicos 65%; Oligofrénicos 15%, y Epilépticos 20%. Educación: Primaria 65%, y Secundaria 35%. Edad: de 21 a 30 años 70%, y de 31 a 40 años 30%. Estado Civil: Solteros 100%. Tiempo de Hospitalización: de 0 a 5 años 45%; de 6 a 10 años 45%, y de 11 a 15 años 10%. Tipo de Medicamento: - Neurolépticos 65%; Anticonvulsivos 15%, y Combinado 20%

### Escenario

La evaluación se llevó a cabo en diversos escenarios de los -- hospitales Granja 'La Salud' y Campestre 'doctor Samuel Ramírez Moreno', en los cuales se desarrollaron los programas de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu*, respectivamente.

Los escenarios específicos del Hospital Granja 'La Salud' fueron:

- a) Pabellón 'D' cuya distribución física la integraron las siguientes áreas: Recepción, Entrenamiento Social, Entrenamiento Vocacional, Sanitarios, Enfermería, Coordinación General, Programas especiales, Recreativa, Cocina, Comedor y Dormitorios.
- b) Pabellón 'C' el cual presentaba la siguiente distribución física: Recepción, Sanitarios, Enfermería y Dormitorios.

Los escenarios particulares del Hospital Campestre 'doctor Samuel Ramírez Moreno fueron:

- a) Pabellón 4, ala 'B', cuya distribución física la integraron las siguientes áreas: Sala de televisión, Dormitorios, Sanitarios y Enfermería.
- b) Residencia para Médicos, la cual contaba con las siguientes áreas: Recreacional, Entrenamiento Vocacional, Cocina, Entrenamiento Social, Coordinación General y Sanitarios.
- c) Pabellón 3, ala 'B', la cual presentaba la siguiente distribución física: Sala de televisión, Dormitorios, Sanitarios y Enfermería.

Así mismo, se consideraron como escenarios generales los restantes pabellones, áreas verdes, comedores generales, oficinas, entradas y tiendas de los dos hospitales antes señalados.

### Materiales

Los materiales utilizados a lo largo de la investigación fueron los siguientes:

- Cronómetros
- Hojas de registro
- Lápices
- Tablas de registro

- El Instrumento de Observación Conductual
- La Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia
- La Escala de Locus de Control
- La Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica
- La Escala de Auto-reporte de Síntomas

### Instrumentos y Escalas de Evaluación

A continuación se presenta una descripción de los instrumentos utilizados.

#### I. Evaluación Conductual

Para evaluar el impacto de los programas de tratamiento - sobre las conductas de los pacientes, en lo que respecta a las áreas señaladas como significativas (Resocialización, Instrumental y Conducta Bizarra), se aplicó el Instrumento de Observación Conductual, desarrollado por Alevizos y cols., (1975). Dicho instrumento contempla 3 dimensiones de la actividad del paciente: a). Conductas Mutuamente Excluyentes, en esta dimensión se identifican - los movimientos anatómicos gruesos, posiciones corporales del paciente, considerándose 5 conductas: caminando, pado, acostado, corriendo y sentado. De estas conductas sólo pueden ser registradas una de ellas, ya que su emisión es incompatible con la presentación de otra; b). Conduc-tas Concomitantes; en esta dimensión se incluyen aquellas conductas que pueden presentarse en forma simultánea, englobando conductas de las áreas de Resocialización (Auto-cuidado, Interacción Social y Comunicación), Instrumental (Aseo de la Vivienda, Prevocacionales y Vocacionales) y - Conducta Bizarra (Alucinaciones, Delusiones, Agresividad, etc.), y c). Localización, en esta dimensión se identifica al ambiente físico inmediato asociado a la ocurrencia de la conducta (Pabellón, Dormitorios, Comedor, Areas Ver

des, Oficinas, etc.).

## II. Evaluación Ambiental

Para determinar la calidad del ambiente que proporcionan los tres programas de tratamiento a los pacientes, se aplicó la Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia, desarrollada por Moos (1975), la cual consta de 35 reactivos, integrados en tres dimensiones que son: Dimensión de Relaciones que evalúa la naturaleza e intensidad de las relaciones entre el personal y los pacientes. Dimensión de Mantenimiento y Cambio en el Sistema que evalúa si el ambiente es ordenado, claro y es capaz de mantener el control y la responsividad al cambio en los pacientes, y Dimensión de Desarrollo del Sistema que evalúa la dirección del programa, es decir si está orientado al tratamiento o no.

## III. Evaluación Internalidad-Externalidad

Con el fin de determinar el grado en el cual los programas de tratamiento influyen en el cambio de la percepción de los pacientes acerca de la relación de contingencias entre sus acciones y sus metas, se aplicó la Escala de Locus de Control, desarrollada por Nowiki y Duke (1972), la cual consta de 30 reactivos.

## IV. Evaluación Psiquiátrica

Para valorar el impacto de los programas de tratamiento sobre la sintomatología de los pacientes, se utilizaron la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, desarrollada por Overall y Gorham (1962), esta escala se centra en la psicopatología del paciente, ya que es un instrumento de evaluación clínica. Integrándose de 18 constructos somáticos en un conjunto de 7 puntos de severidad. Y la Escala de Auto-reporte de Síntomas, desarrollada por Derogatis y cols., (1970), la cual a través de sus 90 reactivos

en un continuo de 5 puntos de severidad, permite al paciente auto-evaluar su psicopatología.

### Confiabilidad

La confiabilidad únicamente se obtuvo del Instrumento de Observación Conductual, para lo cual se utilizaron dos observadores independientes en cada hospital, quienes la realizaron dos veces a la semana. La fórmula que se aplicó para obtener la confiabilidad fue la siguiente:

$$\frac{\text{Total de Acuerdos de Ocurrencia} - \text{Total de Desacuerdos de Ocurrencia}}{\text{Total de Acuerdos de Ocurrencia} + \text{Total de Desacuerdos de Ocurrencia}} \times 100$$

Los índices de confiabilidad obtenidos durante los cinco meses de la evaluación, de los cuatro grupos seleccionados, se muestran en la siguiente tabla.

TABLA DE PORCENTAJES DE CONFIABILIDAD

Meses	Aprendizaje Social	Grupo Control	Terapia Milieu	Grupo Control
Primero	88%	80%	85%	80%
Segundo	90%	88%	90%	85%
Tercero	90%	90%	90%	90%
Cuarto	96%	90%	90%	90%
Quinto	98%	95%	95%	95%
Promedio	92%	88%	90%	88%

## Diseño

Se utilizó un diseño cuasiexperimental de grupos apareados - - (Kazdin, 1980), conformado por cuatro grupos de pacientes, con las siguientes características:

### Grupo 1

Lo integraron 20 pacientes del programa de *Aprendizaje Social*.

### Grupo 2

Lo constituyeron 10 pacientes que recibían tratamiento - *Psiquiátrico-psicofarmacológico* y que fungieron como grupo de comparación del programa de *Aprendizaje Social*.

### Grupo 3

Lo conformaron 20 pacientes del programa de *Terapia Milieu*.

### Grupo 4

Se integró de 10 pacientes que estaban expuestos al tratamiento *Psiquiátrico-psicofarmacológico* y que representaron al grupo de comparación del programa de *Terapia Milieu*.

Los grupos 2 y 4 fueron apareados de acuerdo a las características sociodemográficas de los grupos 1 y 3 respectivamente, - con el propósito de tener la siguiente estrategia de comparación:

Grupos	Tratamiento
1-2	<i>Aprendizaje Social-Psicofarmacológico</i>
3-4	<i>Terapia Milieu-Psicofarmacológico</i>
1-3	<i>Aprendizaje Social-Terapia Milieu</i>



## Procedimiento

Como paso inicial en el procedimiento, se impartió un curso de entrenamiento a los evaluadores, que consistió en proporcionarles los manuales de aplicación tanto del Instrumento de Observación Conductual como de los restantes instrumentos que conformaron el modelo de evaluación. Antes de iniciar el trabajo formal, se les evaluó en vivo con pacientes que no pertenecían a ninguno de los cuatro grupos de la investigación. En donde se les proporcionó retroalimentación sobre su ejecución, en el caso del Instrumento de Observación Conductual, hasta que lograran un índice de confiabilidad de 95%, y en los instrumentos de evaluación ambiental, auto-reporte de síntomas y locus de control, identificar las dudas de los pacientes sobre cada uno de los reactivos que contenían las mismas para estandarizar las instrucciones y mantenerlas constantes durante su aplicación.

En la evaluación formal, se llevaron a cabo los siguientes pasos; para determinar el grado de sintomatología, la calidad del ambiente que proporcionaba cada programa y el tipo de locus de control de cada uno de los 60 pacientes que integraron los 4 grupos, se procedió durante un mes y medio a aplicar en forma individual, en un cuarto cerrado y libre de distractores los siguientes instrumentos, Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia, la Escala de Locus de Control y la de Auto-reporte de Síntomas.

Posteriormente, para valorar el impacto que promueven cada uno de los 3 programas de tratamiento, sobre las conductas de los pacientes enmarcadas en las áreas de resocialización, instrumental y bizarra, se aplicó por un lapso de cinco meses el Instrumento de Observación Conductual. Contando para ello con un observador en cada hospital, el cual realizó la observación y registro de dichas conductas de la siguiente manera, utiliza

ba una lista que contenía los nombres de los pacientes, tanto de los del programa de *Aprendizaje Social* o de *Terapia Milieu* y su grupo de comparación. El registro se iniciaba con el primer paciente de la lista, al cual se le observaba por espacio de 10 segundos consecutivos, anotándose todas las conductas - que ocurrieran en dicho intervalo, de acuerdo al siguiente orden:

- a) Conductas mutuamente excluyentes;
- b) Localización, y
- c) Conductas concomitantes.

Paso seguido, se procedía a observar al siguiente paciente de la lista, y así sucesivamente hasta finalizar con todos los pacientes de los dos grupos. En los casos en los cuales no se localizaba al paciente en turno, se le dejó al final del período de observación, y en caso de que nuevamente no se localizara, se anotaba en la hoja de registro el código FU (Fuera de - Unidad). Este procedimiento se llevó a cabo 6 veces al día, - tres veces a la semana.

Transcurridos los primeros dos meses y medio de la aplicación del Instrumento de Observación Conductual, se llevó a cabo la evaluación de la sintomatología de cada uno de los 60 pacientes que integraron los 4 grupos, por medio de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, realizando dicha valoración el psiquiatra responsable de cada uno de los 4 grupos de pacientes.

Finalmente, para observar que tipo de cambios se presentaban - en el funcionamiento global de los pacientes después de 7 meses, se reaplicaron: la Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia, la Escala de Locus de Control, y la de Auto-reporte de Síntomas, bajo las mismas condiciones en las que se realizaron inicialmente.

## Resultados

Con el propósito de presentar de una manera clara y objetiva los resultados obtenidos a través de la evaluación multidimensional, se consideró pertinente realizar un análisis de tipo - descriptivo tomando en consideración los objetivos de cada uno de los instrumentos. Motivo por el cual se describen en primer término los resultados del Instrumento de Observación Conductual; en segundo lugar se presentan los datos de la Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia; en tercer término los datos de la Escala de Locus de Control y en última instancia los de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica y de la Escala de Auto-reporte de Síntomas. Los cuales se representarán de acuerdo a las siguientes comparaciones intergrupos: *Aprendizaje Social vs. Tratamiento Psiquiátrico, Terapia Milieu vs. Tratamiento Psiquiátrico y Aprendizaje Social - Terapia Milieu.*

### APRENDIZAJE SOCIAL vs. TRATAMIENTO PSIQUIATRICO

#### Evaluación Conductual

Los datos obtenidos por medio del Instrumento de Observación - Conductual, se dividieron en cinco categorías: Localización - Geográfica, Conducta Somnolienta, Conducta Bizarra, Conductas de Resocialización y Conductas Instrumentales.

La categoría de Localización Geográfica se refiere al ambiente físico inmediato asociado a la ocurrencia de la conducta, la - cual se dividió primordialmente en los tres escenarios de donde se observaron la totalidad de actividades de los pacientes, dichos escenarios fueron: Pabellón, Talleres y Areas Verdes.

En la Figura 1 se presenta el porcentaje promedio de observaciones de los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* y su grupo de comparación, el cual recibía tratamiento psicofarmacológico.

lógico. Como se aprecia a los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* se les observó un 70% en el pabellón, 20% en los talleres y 10% en las áreas verdes. A los pacientes de su grupo de comparación se les observó un 40% en el pabellón, 10% en los talleres y 50% en las áreas verdes durante los cinco meses de la evaluación.

En relación con la Conducta Somnolienta, que fue definida como la presencia de las posiciones corporales de sentado o acostado con ojos cerrados, en la Figura 2 se representan los porcentajes promedio de observaciones de dicha conducta en los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* y su grupo de comparación, durante los cinco meses de la evaluación. Como se observa los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* la presentaron un 11% y su grupo de comparación un 18%.

En lo referente al área de Conducta Bizarra, que incluye conductas alucinatorias, agresivas, motora perseverativa, motora gruesa, etc., en la Figura 3 se presenta el porcentaje promedio de observaciones de la citada conducta durante los cinco meses de la evaluación. Observándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las emitieron en un 8% en relación al 33% de su grupo de comparación.

En la Figura 4 se muestra el porcentaje promedio de observaciones de la misma conducta durante cada uno de los cinco meses de la evaluación. Apreciándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las presentaron en un intervalo de 2 a 10%, en relación a su grupo de comparación que las emitió en un rango de 15 a 40%.

Por lo que se refiere a las Conductas de Resocialización, que incluyen conductas de Autocuidado, interacción social y de comunicación, en la Figura 5 se representan los porcentajes promedio de éstas durante los cinco meses de la evaluación, de los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* y de su grupo de

comparación, observándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las presentaron en un 51% en relación al 10% de su grupo de comparación.

En la Figura 6 se presentan los porcentajes promedio de observaciones en cada uno de los cinco meses de la evaluación de las mismas conductas, apreciándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las presentaron con un intervalo de 40 a 70%, a diferencia de su grupo de comparación que las emitió en un rango de 5 a 7%.

En lo concerniente a las Conductas Instrumentales, que incluyen conductas de Aseo de la vivienda, prevocacionales y vocacionales, en la Figura 7 se representa el porcentaje promedio de las mismas durante los 5 meses de evaluación. Como se puede observar los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las emitieron un 51% en relación al 10% de su grupo de comparación.

En la Figura 8 se aprecian los porcentajes promedio de observaciones de las mencionadas conductas en cada uno de los meses de la evaluación. Apreciándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las presentaron en un intervalo de 15 a 25%, y su grupo de comparación en un rango de 5 a 15%.

#### Evaluación de la Calidad del Ambiente

En la Figura 9 se presentan los porcentajes promedio de calificaciones obtenidas por medio de la Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia. Durante su primera aplicación de los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* y su grupo de comparación. Observándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* obtuvieron calificaciones promedios de 76, 80 y 80% en las dimensiones de Relaciones, Mantenimiento y Cambio en el Sistema y Desarrollo del Sistema respectivamente en relación con las calificaciones promedio de su grupo de com

paración que fueron de 52, 50 y 52% en las mismas dimensiones.

Durante la segunda aplicación de la misma escala, que se efectuó 7 meses después, el porcentaje promedio de calificaciones se representan en la Figura 10, notándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* no variaron sus calificaciones promedio en ninguna de las dimensiones del instrumento, ya que obtuvieron 80, 83 y 84% en las dimensiones de Relaciones, Mantenimiento y Cambio del Sistema y Desarrollo del Sistema respectivamente en relación con las calificaciones promedio de su grupo de comparación que obtuvo 50, 52 y 50%, en las mismas dimensiones, en donde también no se observaron cambios.

#### Evaluación del Locus de Control

En la Figura 11 se representan los porcentajes promedio de calificaciones de los datos de la Escala de Locus de Control de los pacientes de los grupos de *Aprendizaje Social* y su grupo de comparación, durante la primera y segunda aplicación del instrumento. Observándose que los pacientes del programa de *Aprendizaje Social* obtuvieron una calificación promedio en la primera aplicación de 43% (internalidad) y un 63% (externalidad) en la segunda aplicación, en contraposición con su grupo de comparación que obtuvo una calificación promedio en la primera evaluación de 36% (internalidad), misma que se repitió en la segunda aplicación.

#### Evaluación de la Sintomatología

En la Figura 12, se muestra el Perfil de Severidad Parcial de los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* y su grupo de comparación, obtenido mediante la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica. Como se aprecia, los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* observaron una menor sintomatología, de leve a muy leve, en relación a su grupo de comparación que la

presentó de leve a moderada.

Finalmente, en la Figura 13, se observa el índice de severidad de la sintomatología reportada a través de la Escala de Auto-reporte de Síntomas, durante su primera y segunda aplicación. Observándose que la sintomatología reportada por los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social*, fue de *Nunca a Un Poco*, durante las dos evaluaciones. En contraste con su grupo de comparación, que la reportó como *Moderadamente*, la cual no varió entre la primera y segunda evaluación.

Los resultados obtenidos de la comparación del impacto que producen en el paciente mental crónico hospitalizado los programas de tratamiento de *Aprendizaje Social* y *Psiquiátrico Psicofarmacológico*, indican que el primero incide de manera más clara y eficaz que el segundo en las clases de conductas señaladas por la investigación como relevantes para el tratamiento y eventual rehabilitación de esta población (Paul, 1969), así como también en las demás áreas significativas que conforman su problemática (calidad del ambiente, locus de control y sintomatología), lo que viene a corroborar la efectividad de las técnicas y procedimientos con una orientación conductual, que han sido aplicadas en diversos estudios con el paciente mental crónico (Shaefer y Martín, 1966; Ayllon y Azrin, 1968; Paul y - - Lentz, 1977).

#### TERAPIA MILIEU vs. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO

##### Evaluación Conductual

En la Figura 14, se representan los porcentajes promedio de observaciones en los tres escenarios hospitalarios: Pabellón, Talleres y Areas Verdes, de los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* y su grupo de comparación. Señalando dichos porcentajes que al grupo de pacientes de *Terapia Milieu*, se les ubicó

un 65% en el pabellón, 17% en los talleres y 18% en las áreas verdes, en relación con su grupo de comparación que se les observó un 25% en el pabellón, 2% en los talleres y el restante 73% en las áreas verdes.

En la Figura 15, se muestra el porcentaje promedio de observaciones de la conducta somnolienta, en donde se observa que los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* las presentaron un 1%, y su grupo de comparación un 27%, durante los cinco meses de la evaluación.

Por lo que respecta a la Conducta Bizarra, en la Figura 16 se representan los porcentajes promedio de observaciones durante los cinco meses de evaluación, y como se observa los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* las presentaron un promedio de 5%, en contraparte con el 23% de su grupo de comparación.

En la Figura 17, se presentan los porcentajes promedio de observaciones de la misma conducta durante cada uno de los cinco meses de la evaluación, en donde se muestra que los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* las observaron en un intervalo de 0 a 10%, y su grupo de comparación en un 15 a 20%.

En cuanto a las conductas de Resocialización, en la Figura 18, se observan los porcentajes promedio de observaciones, durante los 5 meses de la evaluación, indicando dicho promedio que los pacientes del grupo de *Terapia Milieu*, las presentaron un 43%, y su grupo de comparación un 18%.

En la Figura 19, se representan los porcentajes promedio de observaciones en cada uno de los 5 meses de la evaluación de la misma conducta, en donde se muestra que los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* las observaron en un rango de 35 a 80%, y en cambio su grupo de comparación las presentó en un 5 a 12%.

En relación con las Conductas Instrumentales, en la Figura 20,



se muestran los porcentajes promedio en que se observaron, - - apreciándose que los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* las emitieron un 30% y su grupo de comparación un 15%, durante los 5 meses de la evaluación.

En la Figura 21, se presentan los promedios de las observaciones de las mismas conductas en cada uno de los 5 meses de la - evaluación, apreciándose que en un rango de 10 a 30% las presentaron los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* y su grupo de comparación en una amplitud de 5 a 15%.

#### Evaluación de la Calidad del Ambiente

En la Figura 22, se observan los porcentajes promedio de calificaciones del Instrumento de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia, durante su primera aplicación. Como se observa los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* obtuvieron - calificaciones promedio de 75, 73 y 80% en las dimensiones de Relaciones, Mantenimiento y Cambio en el Sistema y Desarrollo del Sistema, respectivamente, y su grupo de comparación obtuvo, 50, 52 y 50%, en las mismas dimensiones.

Durante su segunda aplicación, 7 meses después, en la Figura - 23, se observaron las siguientes calificaciones promedio, 75, 73 y 80% en las dimensiones de Relaciones, Mantenimiento y Cam bio en el Sistema y Desarrollo del Sistema, respectivamente, - en los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* y 50, 50 y 52% en su grupo de comparación en las mismas dimensiones.

#### Evaluación del Locus de Control

En la Figura 24, se observan los porcentajes promedio de calificaciones de los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* y su - grupo de comparación, obtenidas a través de la Escala de Locus

de Control, durante su primera y segunda aplicación. Como se aprecia, los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* obtuvieron la misma calificación promedio, 40%, durante las dos aplicaciones de la Escala, lo que indica que se percibieron como *externos*, lo mismo se observa en los pacientes de su grupo de comparación, ya que obtuvieron una calificación promedio de 32% en la primera aplicación y 33% en la segunda.

### Evaluación de la Sintomatología

En la Figura 25, se representa el Perfil de Severidad Parcial de los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* y su grupo de comparación, obtenido por medio de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica. Observándose que los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* presentan menor grado de sintomatología, de *NO* -- presentan a *MUY LEVE*, en relación a su grupo de comparación -- que se manifestó de *MUY LEVE* a *MODERADA*.

En la Figura 26, se muestra la sintomatología reportada por los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* y su grupo de comparación, obtenida por medio de la Escala de Auto-reporte de Síntomas, durante sus dos aplicaciones. Apreciándose que los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* reportaron un índice de *Un Poco*, en relación con su grupo de comparación, que la reportó como *Moderada*, en las dos evaluaciones.

Los datos resultantes de la comparación entre el programa de *Terapia Milieu* y el tratamiento *Psiquiátrico-psicofarmacológico*, señalan que el programa de *Terapia Milieu* promueve en el paciente mental crónico hospitalizado de una manera sobresaliente cambios diferenciales, al observarse porcentajes mayores en las conductas de Resocialización e Instrumentales, así como un bajo porcentaje de Conducta Bizarra; y en su funcionamiento global, al observarse menores grados de sintomatología y al manifestarse un ambiente que es conducente al aprendizaje, en re

lación con el modelo *Psiquiátrico-psicofarmacológico*. Sólo en una de las áreas significativas no parecen ser afectadas por los dos programas, en virtud de que los pacientes de ambos grupos presentan datos similares de *internalidad*. Estos datos son congruentes con los obtenidos en otros estudios, en los cuales se ha instrumentado el programa de *Terapia Milieu* (Ellsworth, 1968; Myers y Clark, 1972; Wing y Brown, 1970; Gripp y Magaro, 1976; Paul y Lentz, 1977).

#### APRENDIZAJE SOCIAL vs. TERAPIA MILIEU

##### Evaluación Conductual

En la Figura 27, se representa el porcentaje promedio de observaciones en los 3 escenarios hospitalarios: Pabellón, Talleres y Areas verdes, de los pacientes de los grupos de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu*. Como se observa los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* se les ubicó un 70% en el pabellón, 20% en los talleres y 10% en las áreas verdes, y a los pacientes del grupo de *Terapia Milieu*, se les observó un 65% en el pabellón, 17% en los talleres y 18% en las áreas verdes, durante los 5 meses de la evaluación.

En cuanto a la Conducta Somnolienta, en la Figura 28 se presentan los porcentajes promedio de observaciones de dicha conducta, en donde se observa que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las observaron un 11% y un 1% los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* en los 5 meses de la evaluación.

En lo referente a la Conducta Bizarra, en la Figura 29 se representa el porcentaje promedio de observaciones de dicha conducta en los 5 meses de la evaluación, observándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* la manifestaron un 8%, y los del programa de *Terapia Milieu* un 5%.

En la figura 30, se presentan los porcentajes promedio de la misma conducta en cada uno de los 5 meses de la evaluación. -  
Apreciándose que esta conducta la emitieron en un rango de 1 a 10% los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* y en un rango de 0 a 10% los pacientes de la *Terapia Milieu*.

Por lo que respecta a las Conductas de Resocialización, en la Figura 31 se presentan sus porcentajes promedio de observaciones, los cuales señalan que fueron presentadas en un 51% por los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* y en un 43% por los pacientes de la *Terapia Milieu*.

En la Figura 32, se representan los porcentajes promedio de observaciones de la misma conducta en cada uno de los 5 meses de la evaluación. -  
Apreciándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las manifestaron en un intervalo de 40 a 70% y el grupo de pacientes de la *Terapia Milieu* en un rango de 35 a 80%.

En relación a las Conductas Instrumentales, en la Figura 33 se aprecia el porcentaje promedio de observaciones de las mismas, observándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* la presentaron un 25% y los pacientes de la *Terapia Milieu* en un 30%, durante los 5 meses de la evaluación.

En cuanto a cual fue su porcentaje promedio de observaciones, en la Figura 34 se aprecia que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* las observó en un rango de 15 a 25% y los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* en un intervalo de 10 a 30%, en cada uno de los 5 meses de la evaluación.

### Evaluación Ambiental

En la Figura 35, se aprecia el porcentaje promedio de calificaciones obtenidas por medio de la Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia, en las dimensiones de Rela

ciones, Mantenimiento y Cambio en el Sistema y Desarrollo del Sistema, durante su primera aplicación. Notándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* obtuvieron una calificación promedio de 76, 80 y 80% en cada una de las citadas dimensiones y los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* fueron de 75, 73 y 80% en las mismas dimensiones.

En su segunda aplicación, 7 meses después, se obtuvieron las siguientes calificaciones promedio, para el grupo de *Aprendizaje Social* en la dimensión de Relaciones 80%, en la de Mantenimiento y Cambio en el Sistema 83 y 84%, en la de Desarrollo del Sistema, en relación al 75, 73 y 80% en las mismas en el grupo de pacientes del programa de *Terapia Milieu*, lo cual se aprecia en la Figura 36.

#### Evaluación del Locus de Control

En la Figura 37, se observan los porcentajes promedio de calificaciones que arrojó la Escala de Locus de Control, durante su primera y segunda aplicación. En donde se observa que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* manifestaron un cambio de 40% (internalidad), uno de 63% (externalidad), en comparación con los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* que no observaron algún cambio, 40% en las dos aplicaciones.

#### Evaluación de la Sintomatología

En la Figura 38, se presenta el Perfil de Severidad Parcial que se obtuvo por medio de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, en donde se aprecia que el grado de sintomatología de los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* fue de NO presente a LEVE, y los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* fue de MUY leve a LEVE.

Por lo que respecta a los datos arrojados por la Escala de Auto-reporte de Síntomas, durante su primera y segunda aplicación

ciones, Mantenimiento y Cambio en el Sistema y Desarrollo del Sistema, durante su primera aplicación. Notándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* obtuvieron una calificación promedio de 76, 80 y 80% en cada una de las citadas dimensiones y los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* fueron de 75, 73 y 80% en las mismas dimensiones.

En su segunda aplicación, 7 meses después, se obtuvieron las siguientes calificaciones promedio, para el grupo de *Aprendizaje Social* en la dimensión de Relaciones 80%, en la de Mantenimiento y Cambio en el Sistema 83 y 84%, en la de Desarrollo del Sistema, en relación al 75, 73 y 80% en las mismas en el grupo de pacientes del programa de *Terapia Milieu*, lo cual se aprecia en la Figura 36.

#### Evaluación del Locus de Control

En la Figura 37, se observan los porcentajes promedio de calificaciones que arrojó la Escala de Locus de Control, durante su primera y segunda aplicación. En donde se observa que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* manifestaron un cambio de 40% (internalidad), uno de 63% (externalidad), en comparación con los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* que no observaron algún cambio, 40% en las dos aplicaciones.

#### Evaluación de la Sintomatología

En la Figura 38, se presenta el Perfil de Severidad Parcial que se obtuvo por medio de la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, en donde se aprecia que el grado de sintomatología de los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* fue de NO presente a LEVE, y los pacientes del grupo de *Terapia Milieu* fue de MUY leve a LEVE.

Por lo que respecta a los datos arrojados por la Escala de Auto-reporte de Síntomas, durante su primera y segunda aplicación

en la Figura 39 aparecen representados los índices de severidad de la sintomatología. Apreciándose que los pacientes del grupo de *Aprendizaje Social* y los de la *Terapia Milieu*, observaron similares índices de sintomatología, en un promedio de 6 síntomas de las 2 evaluaciones.

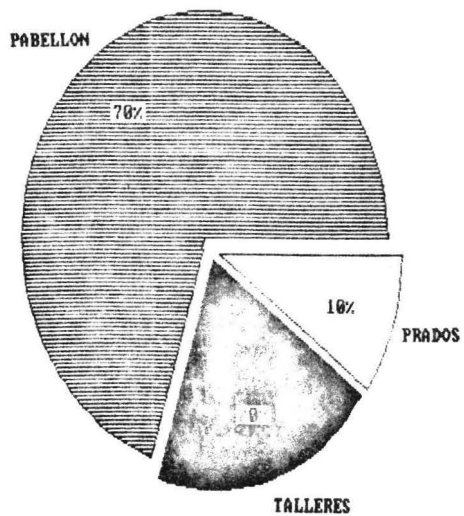
Los resultados que se obtuvieron de la comparación de los programas de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu*, observan patrones análogos, ya que los dos propician en el paciente mental crónico hospitalizado cambios similares, tanto en las clases de conductas relevantes para su tratamiento (Resocialización, Instrumentales y Bizarra), como en las áreas significativas que enmarcan su compleja problemática (Calidad del Ambiente y Sintomatología). Existiendo solo un punto de divergencia, que se refiere a que el programa de *Aprendizaje Social* favorece en el paciente mental crónico un cambio entre sus acciones y sus consecuencias, al provocar un viraje en su Locus de Control, de *internalidad* a *externalidad*, lo cual confirma los hallazgos de los estudios de Lesyk (1969) y Eitzen (1975). En general estos resultados son similares a los reportados por Paul y Lentz (1977).

FIGURA 1

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA LOCALIZACION GEOGRAFICA DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION EN LOS ESCENARIOS HOSPITALARIOS.

GRUPO APRENDIZAJE SOCIAL

n=20



GRUPO DE COMPARACION

n=10

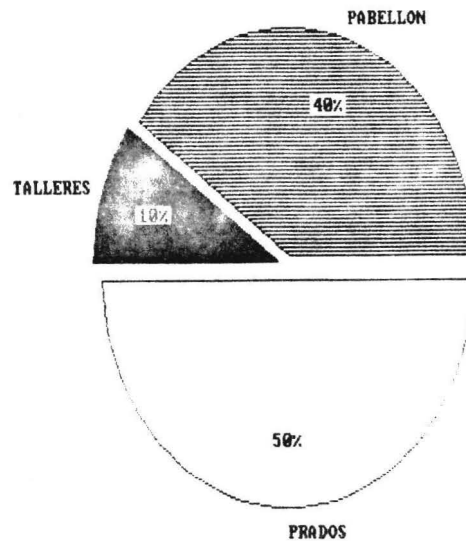




FIGURA 2

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA SOMNOLIENTA EN LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION

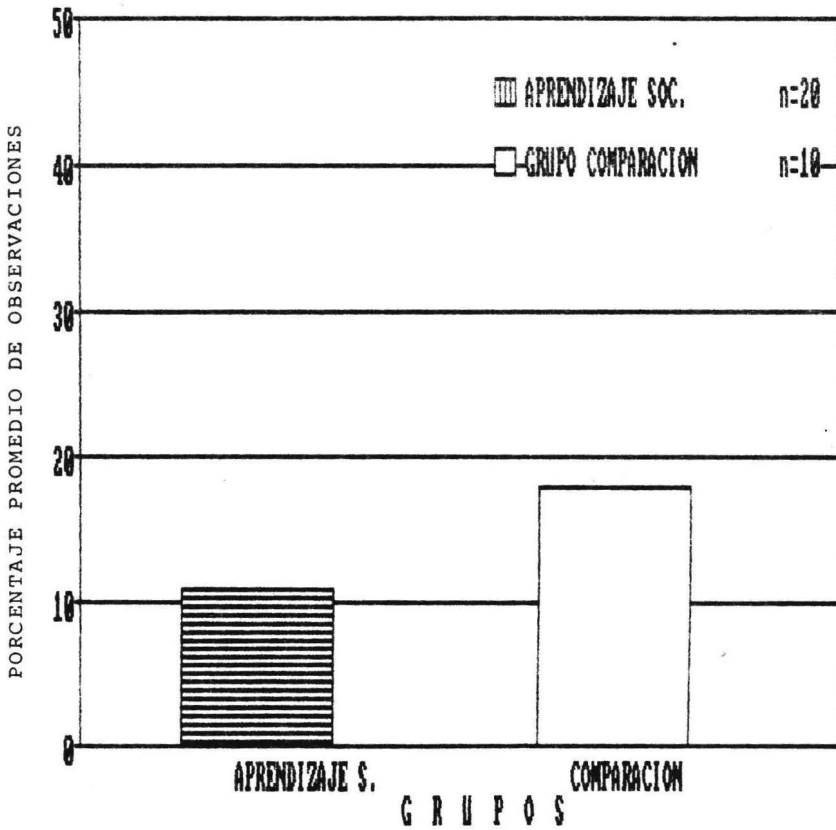


FIGURA 3

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE CONDUCTA BIZARRA (incluye conductas agresivas, alucinatorias, - conducta motora gruesa repetitiva, etc.), DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION DURANTE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION

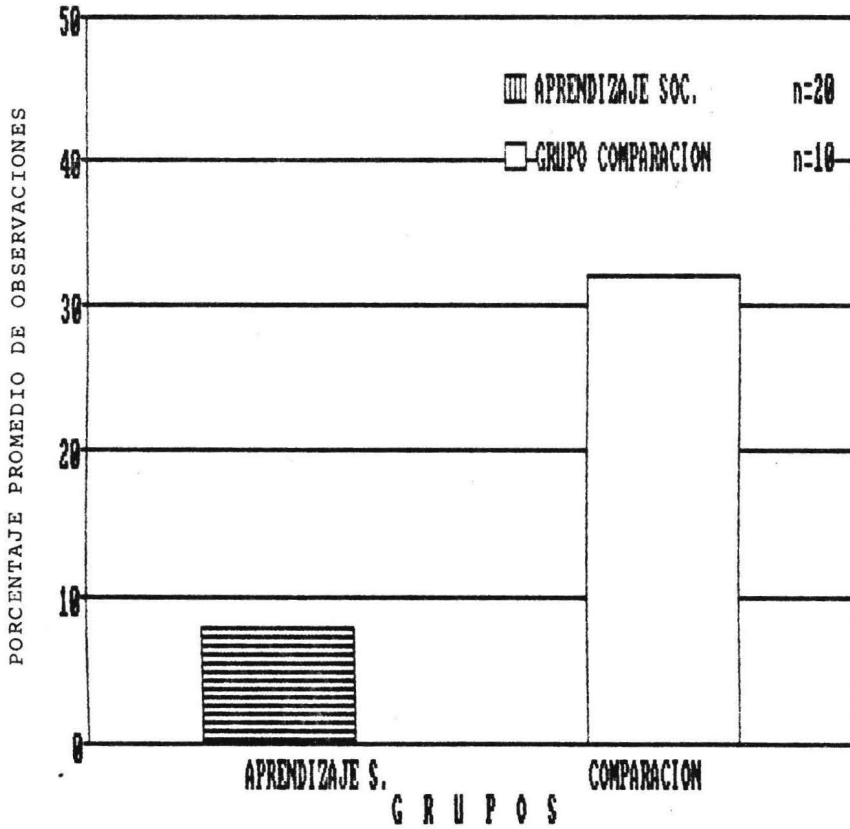


FIGURA 4

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE CONDUCTA BIZARRA (incluye conductas agresivas, alucinatorias, motora gruesa, repetitiva, etc.), DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION DURANTE CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION

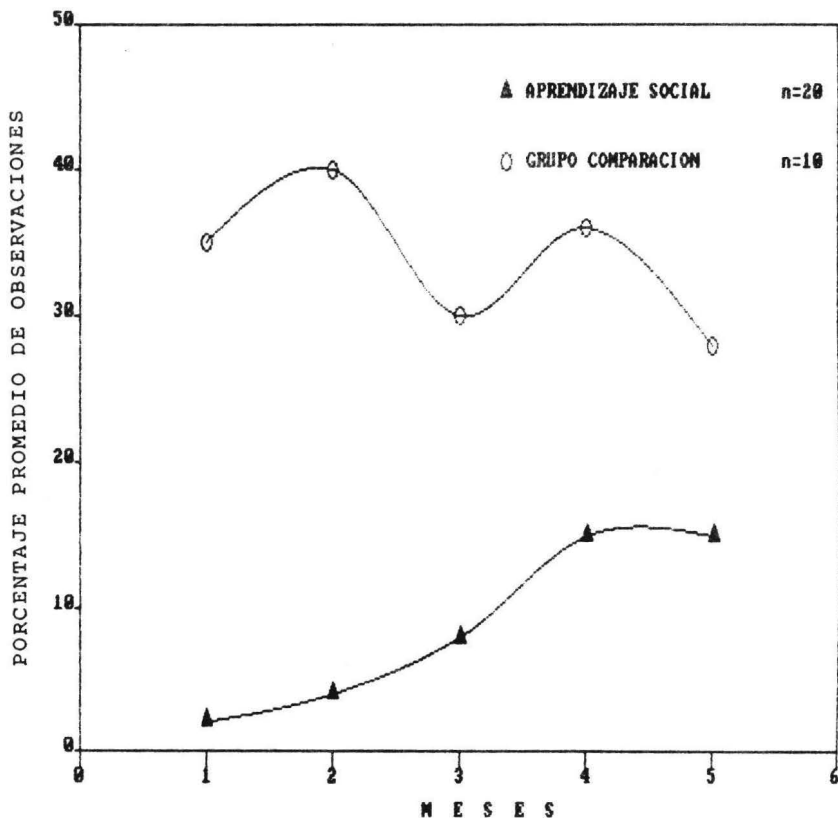


FIGURA 5

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS DE RESOCIALIZACION (incluye conductas de autocuidado, interacción social y de comunicación) DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION DURANTE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION

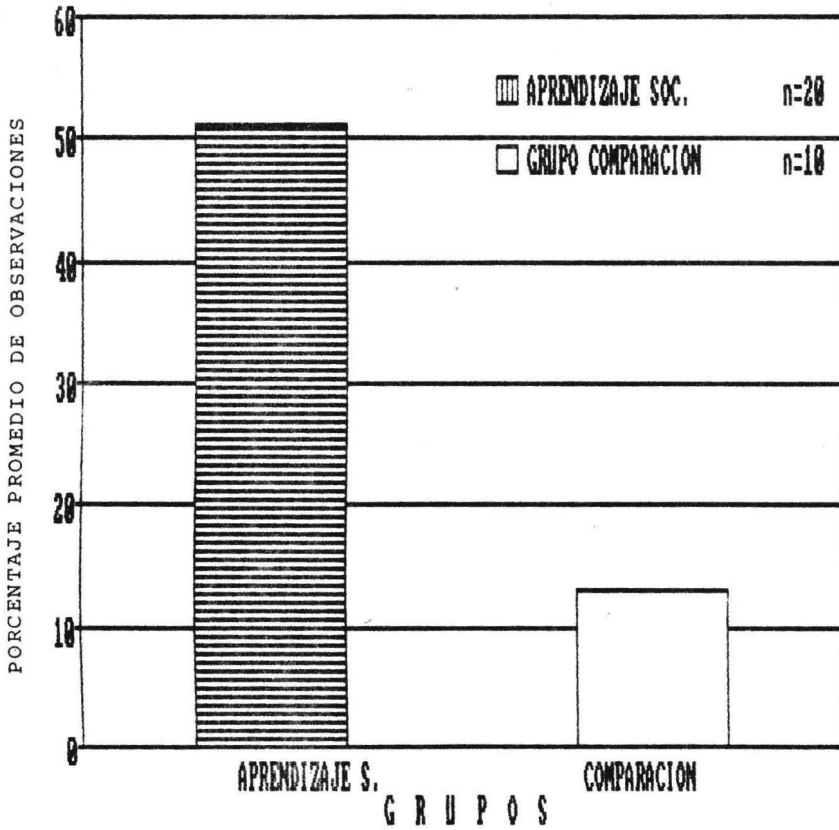


FIGURA 6

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS DE RESOCIALIZACION (incluye conductas de autocuidado, interacción social y de comunicación) DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION EN CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE EVALUACION

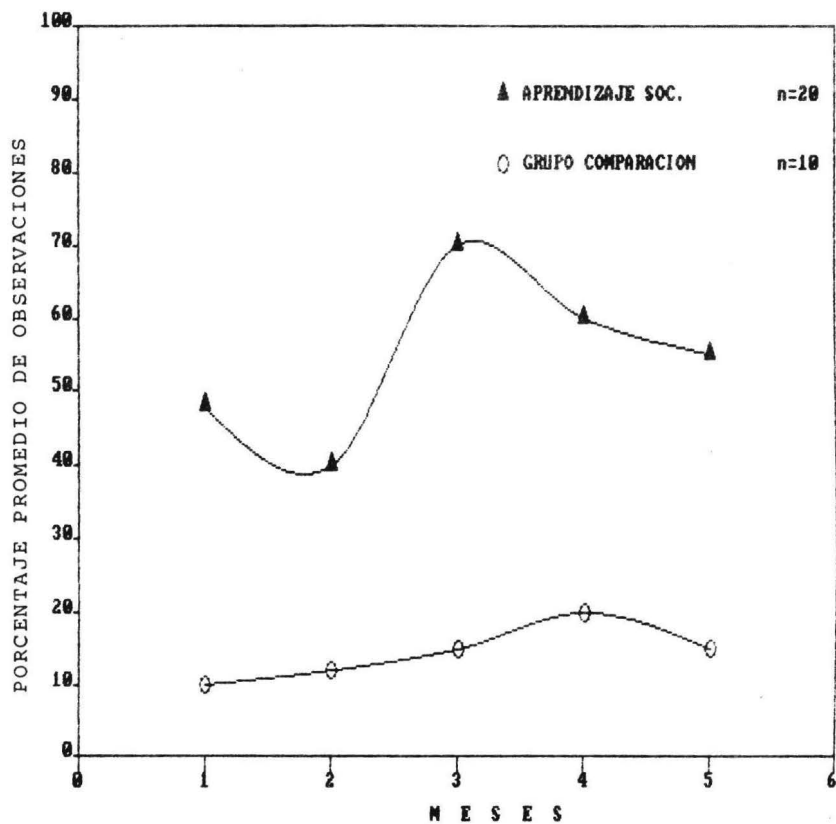


FIGURA 7

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS INSTRUMENTALES (incluye conductas de aseo de la vivienda, pre-vocacionales y vocacionales) DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION, DURANTE LOS CINCO MESES DE EVALUACION

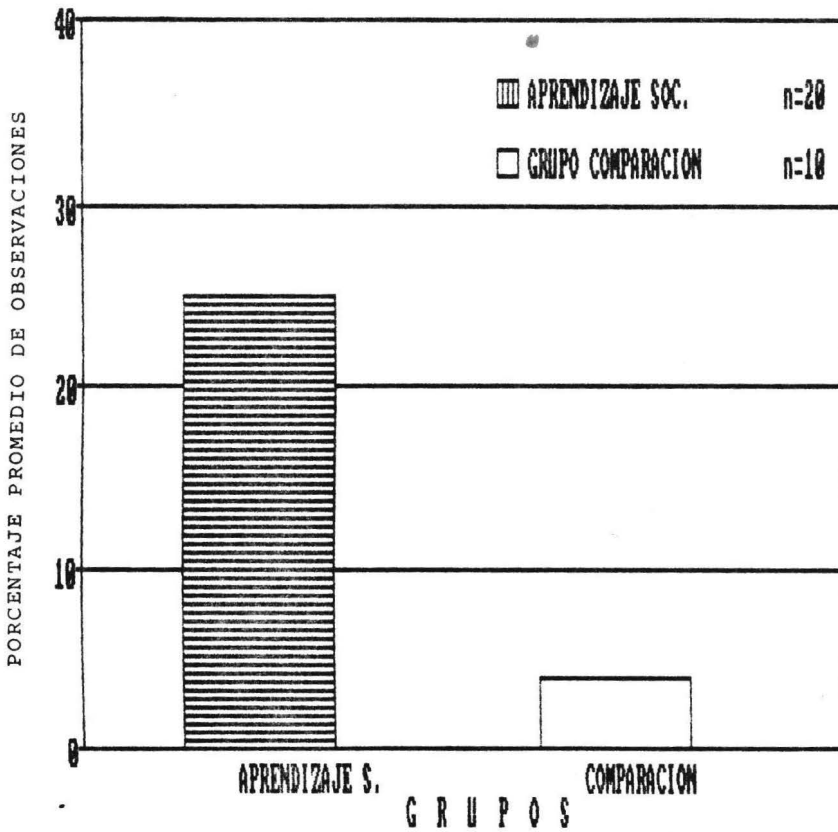


FIGURA 8

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS INSTRUMENTALES (incluye conductas de aseo de la vivienda, pre-vocacionales y vocacionales) DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION, EN CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE EVALUACION

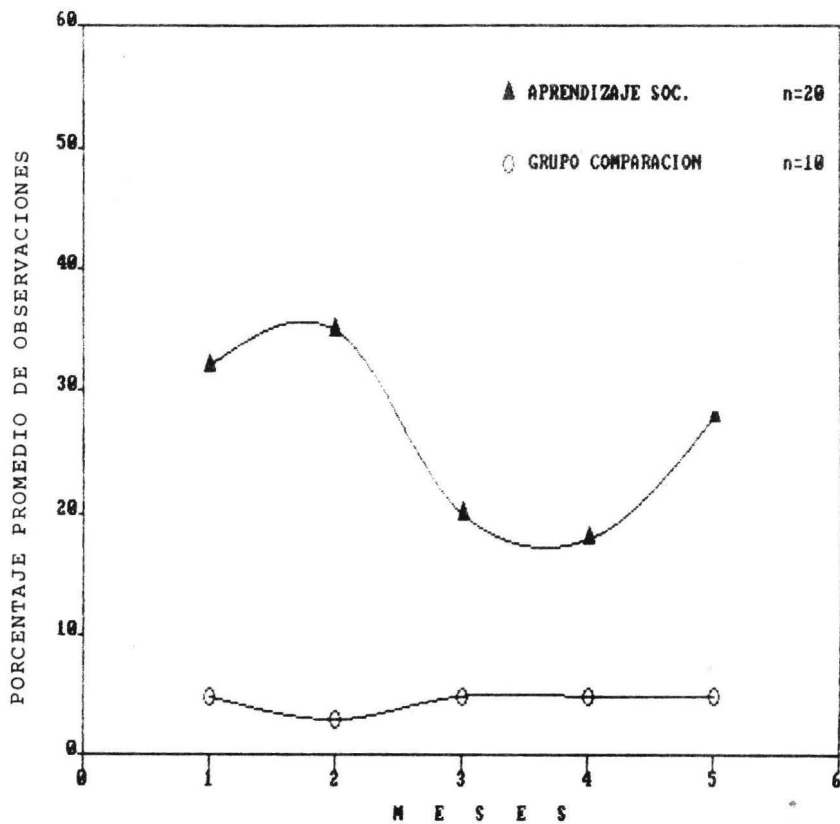


FIGURA 9

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE EVALUACION AMBIENTAL PARA INSTITUCIONES DE CUSTODIA DURANTE SU PRIMERA APLICACION A LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION

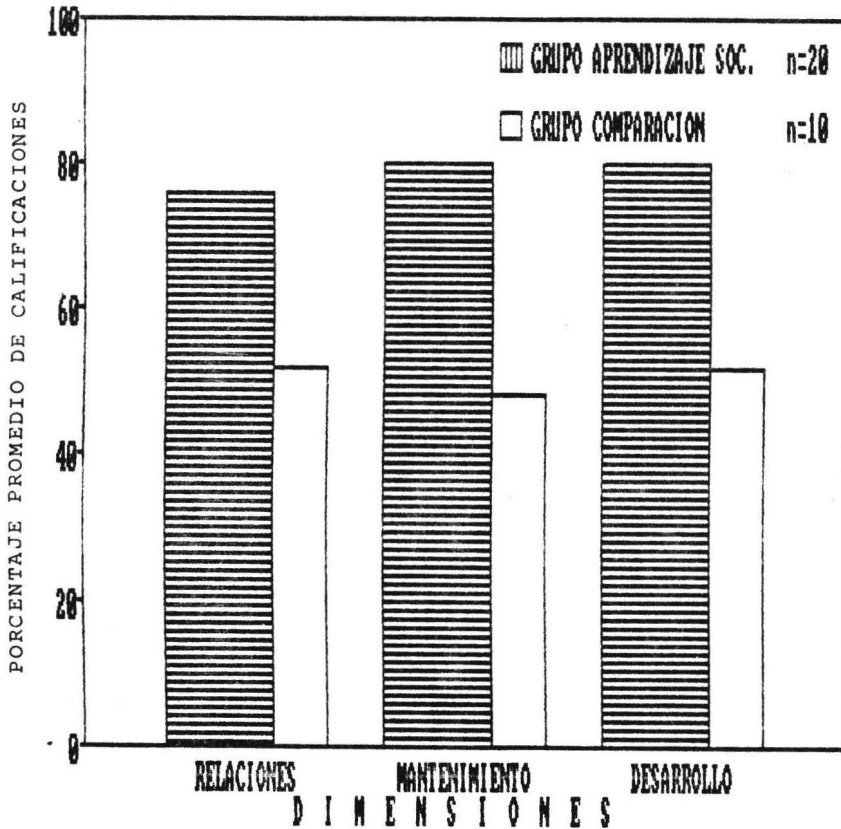




FIGURA 10

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE EVALUACION AMBIENTAL PARA INSTITUCIONES DE CUSTODIA DURANTE SU SEGUNDA APLICACION A LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION

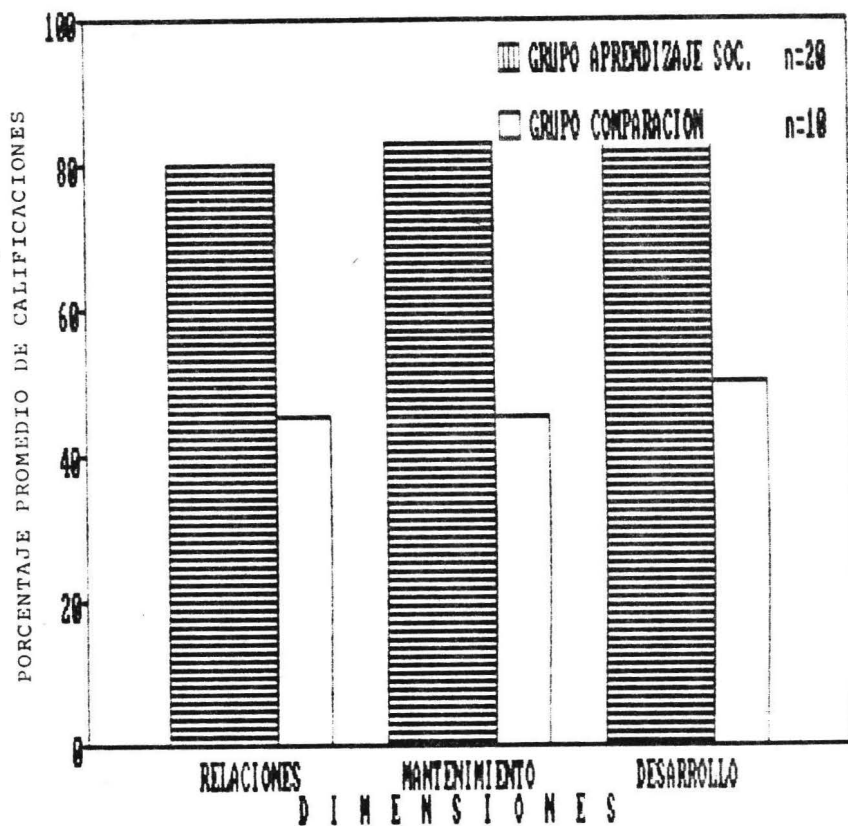


FIGURA 11

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION - ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACION.

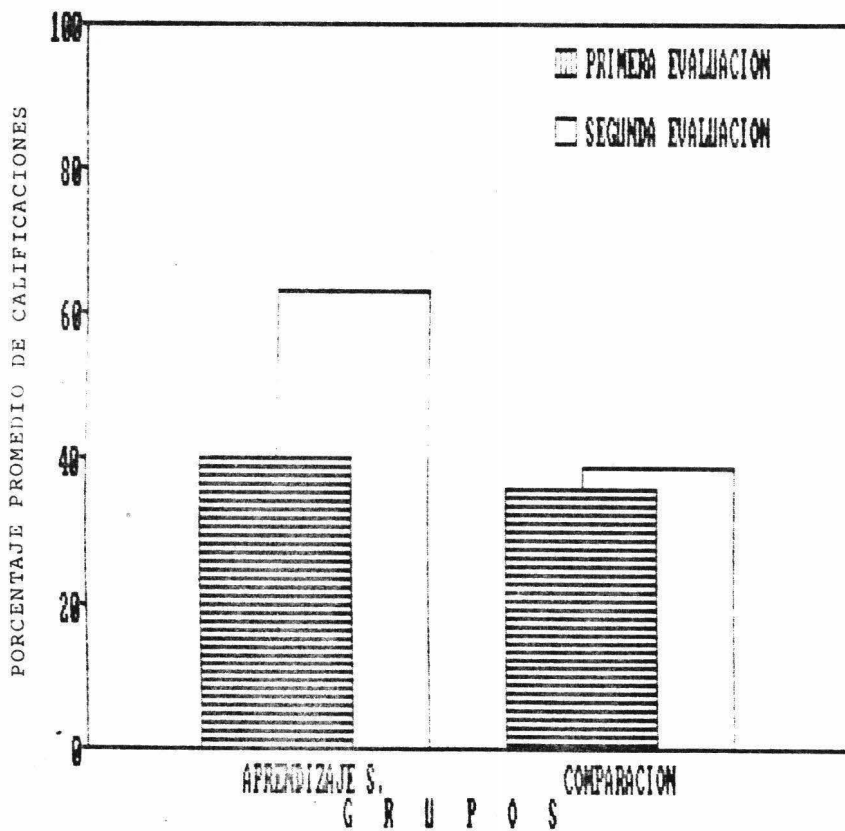
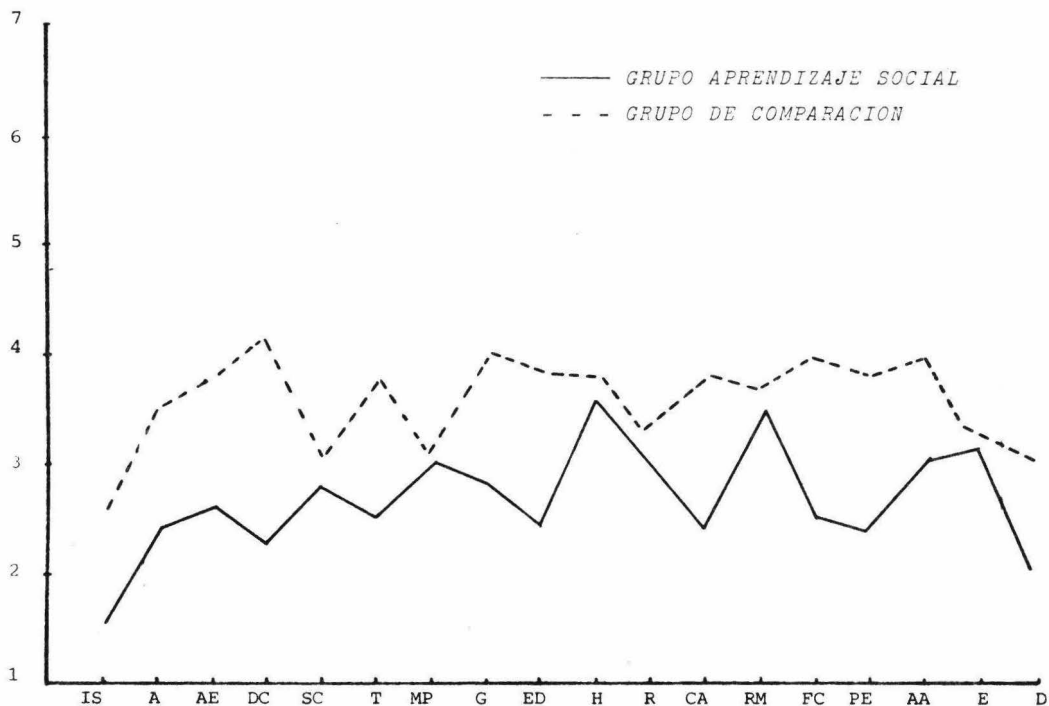


FIGURA 12

PERFIL DE SEVERIDAD PARCIAL OBTENIDO A TRAVES DE LA ESCALA BREVE DE EVALUACION PSIQUIATRICA DEL GRUPO - APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION



SIMBOLOGIA

1. No presenta
2. Muy leve
3. Leve
4. Moderado
5. Medianamente moderado
6. Severo
7. Extremadamente severo

CONSTRUCTORES SOMATICOS

IS	Interés somático	H	Hostilidad
A	Ansiedad	R	Recelo
AE	Aislamiento emocional	CA	Conducta alucinatoria
DC	Desorganización conceptual	RM	Retardo motor
SC	Sentimientos de culpa	FC	Falta cooperación
T	Tensión	PE	Pensamiento extraño
MP	Manerismos y postura	AA	Aplanamiento afectivo
G	Grandiosidad	E	Excitación
ED	Estado depresivo	D	Desorientación

FIGURA 13

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE AUTO-REPORTE DE SINTOMAS EN SUS DOS APLICACIONES DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL Y SU GRUPO DE COMPARACION

SINTOMAS	APRENDIZAJE SOCIAL			GRUPO DE COMPARACION		
	PRIMERA EVALUACION	SEGUNDA EVALUACION	DIFERENCIA	PRIMERA EVALUACION	SEGUNDA EVALUACION	DIFERENCIA
SOMATIZACION	1.5	1	.5	3	3.2	-.2
OBSESIVIDAD COMPULSIVIDAD	1.5	.9	.4	2	2	0
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	1.7	1	.7	3	3	0
DEPRESION	1.5	1	.5	3	3	0
ANSIEDAD	1.6	.7	.9	3	3	0
HOSTILIDAD	1.7	1	.7	3	3	0
ANSIEDAD FOBICA	1.5	1	.5	2	2	0
IDEAS PARANOIDES	1.8	.9	.9	3	3	0
PSICOSIS	1.7	1	.7	3	3	0

SIMBOLOGIA:

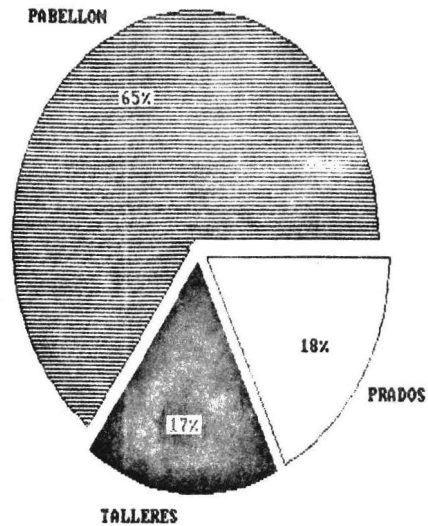
1. Nunca
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Considerablemente
5. En extremo

FIGURA 14

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA LOCALIZACION GEOGRAFICA DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION EN LOS ES CENARIOS HOSPITALARIOS.

GRUPO DE TERAPIA MILIEU.

n=20



GRUPO DE COMPARACION.

n=10

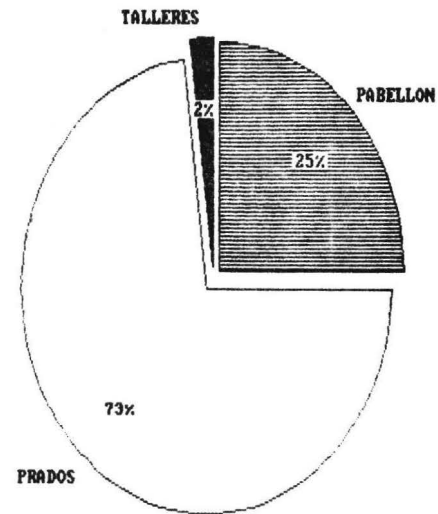


FIGURA 15

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA SOMNOLIENTA EN LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA - MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION

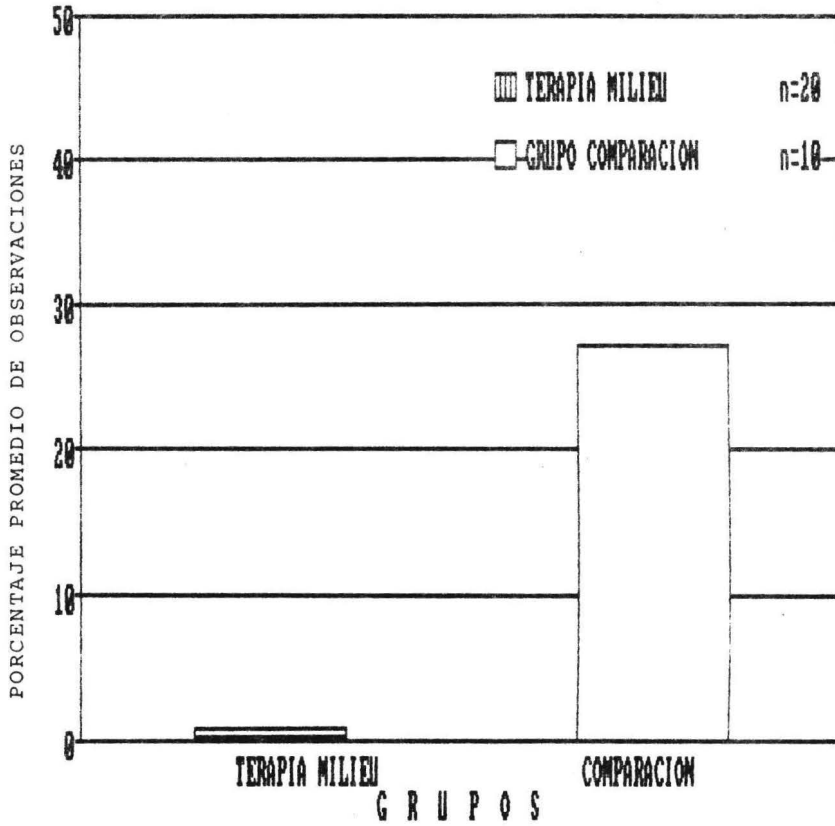


FIGURA 16

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE CONDUCTA BIZARRA (incluye conductas agresivas, alucinatorias, - motora gruesa repetitiva, etc.), DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION DURANTE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION

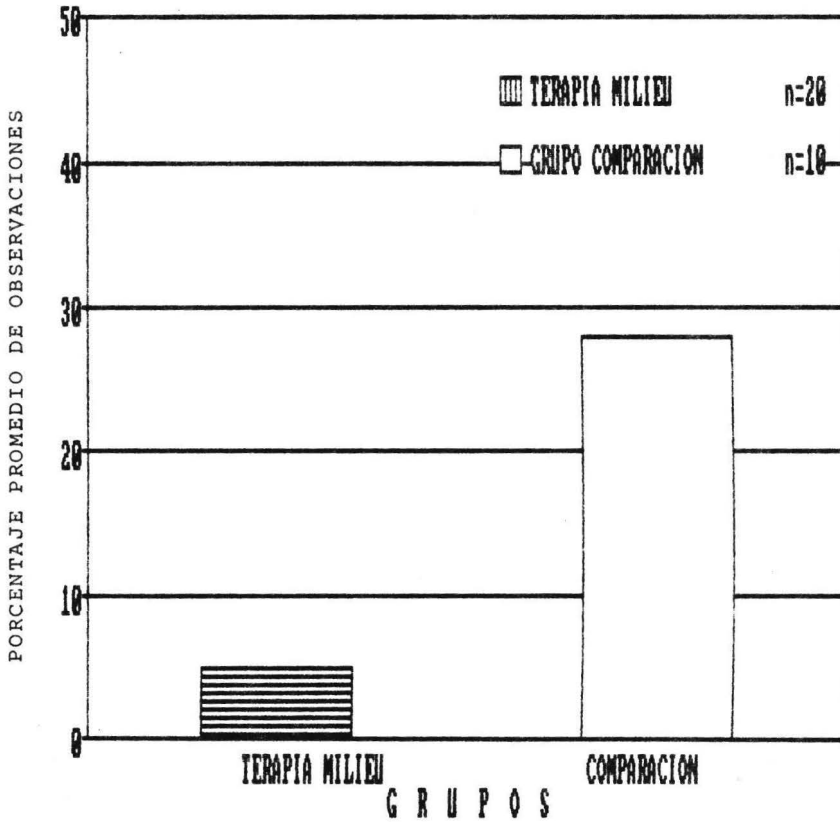


FIGURA 17

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA BIZARRA (incluye conductas agresivas, alucinatorias, motora gruesa repetitiva, etc.), DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y DE SU GRUPO DE COMPARACION DURANTE CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION

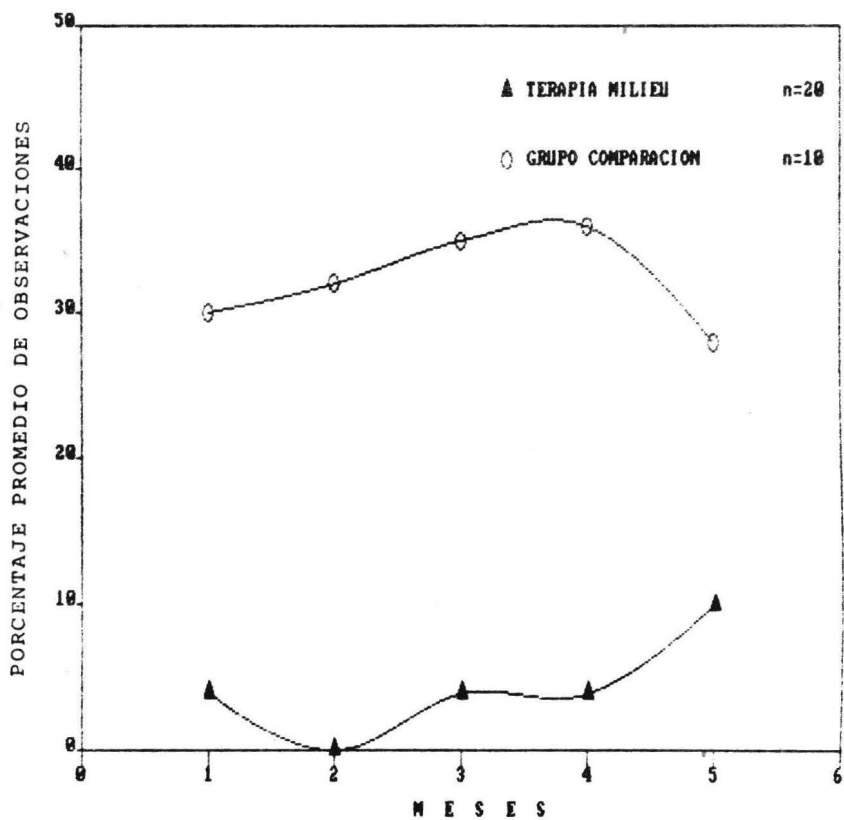




FIGURA 18

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS DE RESOCIALIZACION (incluye conductas de autocuidado, interacción social y de comunicación) DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION, DURANTE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION

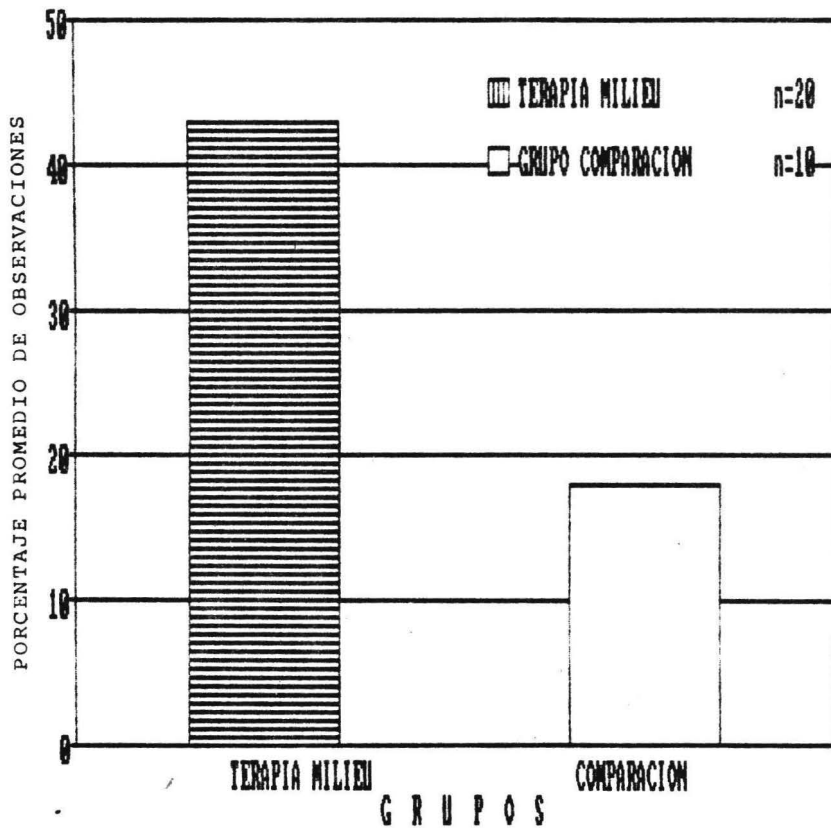


FIGURA 19

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS DE RESOCIALIZACION (incluye conductas de autocuidado, interacción social y de comunicación) DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION EN CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE EVALUACION

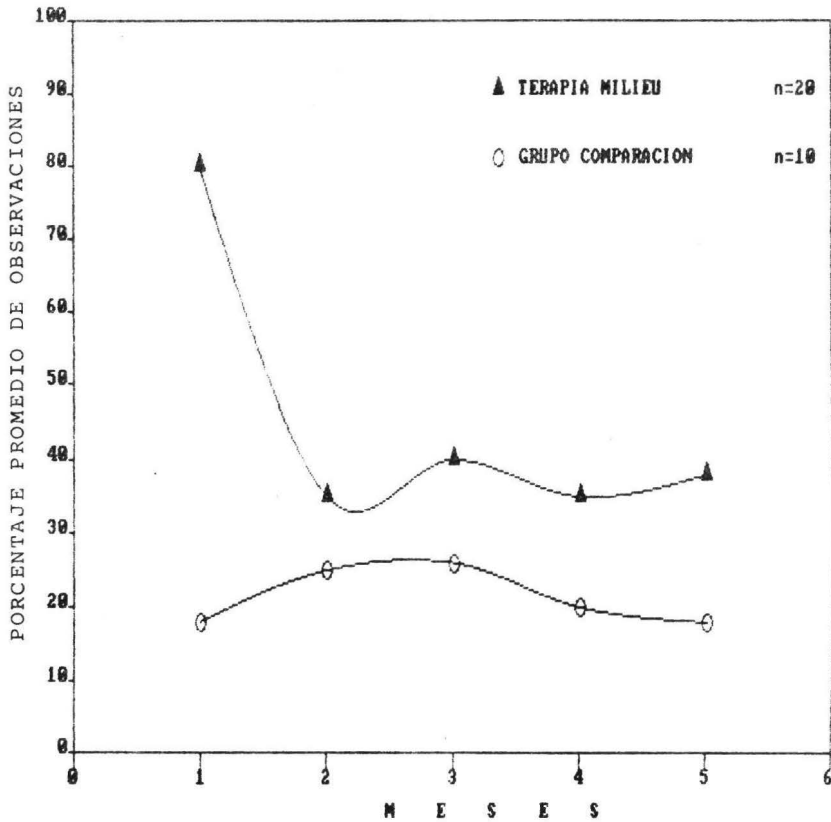


FIGURA 20

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS INSTRUMENTALES (incluyen conductas de aseo de la vivienda, pre-vocacionales y vocacionales) DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION DURANTE LOS CINCO MESES DE EVALUACION

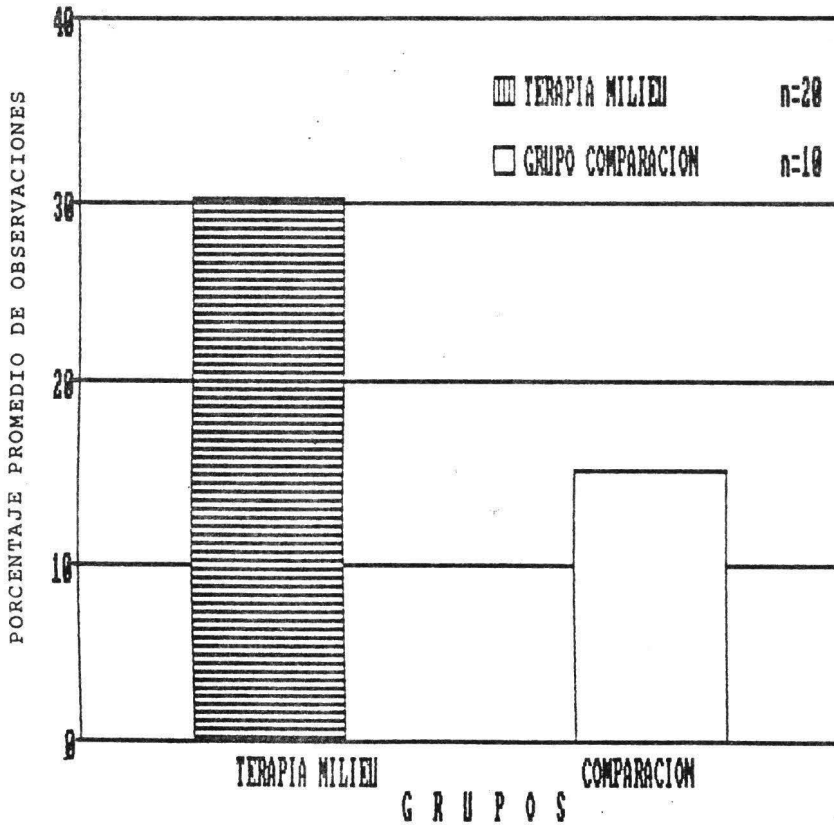


FIGURA 21

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS INSTRUMENTALES (incluye conductas de aseo de la vivienda, pre-vocacionales y vocacionales) DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION EN CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE EVALUACION

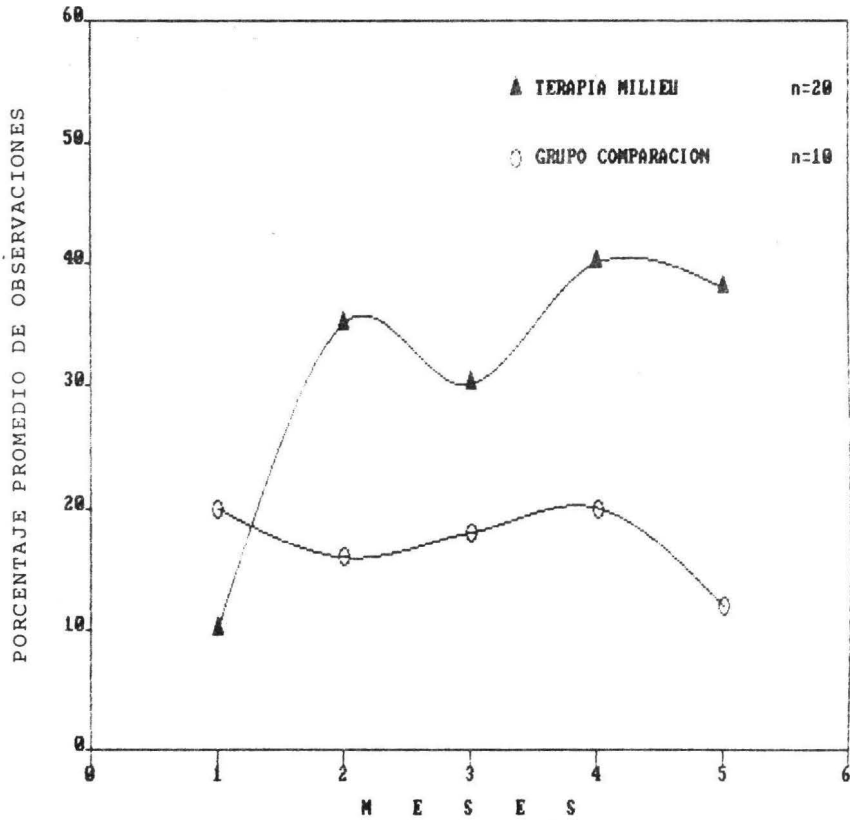


FIGURA 22

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE EVALUACION AMBIENTAL PARA INSTITUCIONES DE CUSTODIA DURANTE SU PRIMERA APLICACION A LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION

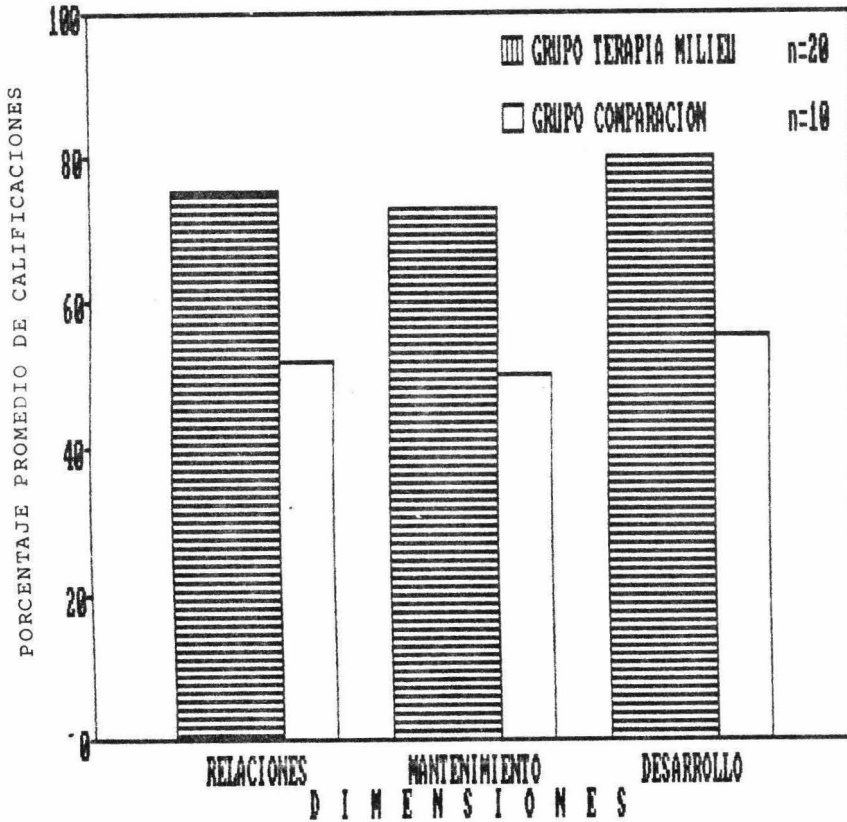


FIGURA 23

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE EVALUACION AMBIENTAL PARA INSTITUCIONES DE CUSTODIA DURANTE SU SEGUNDA APLICACION A LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION

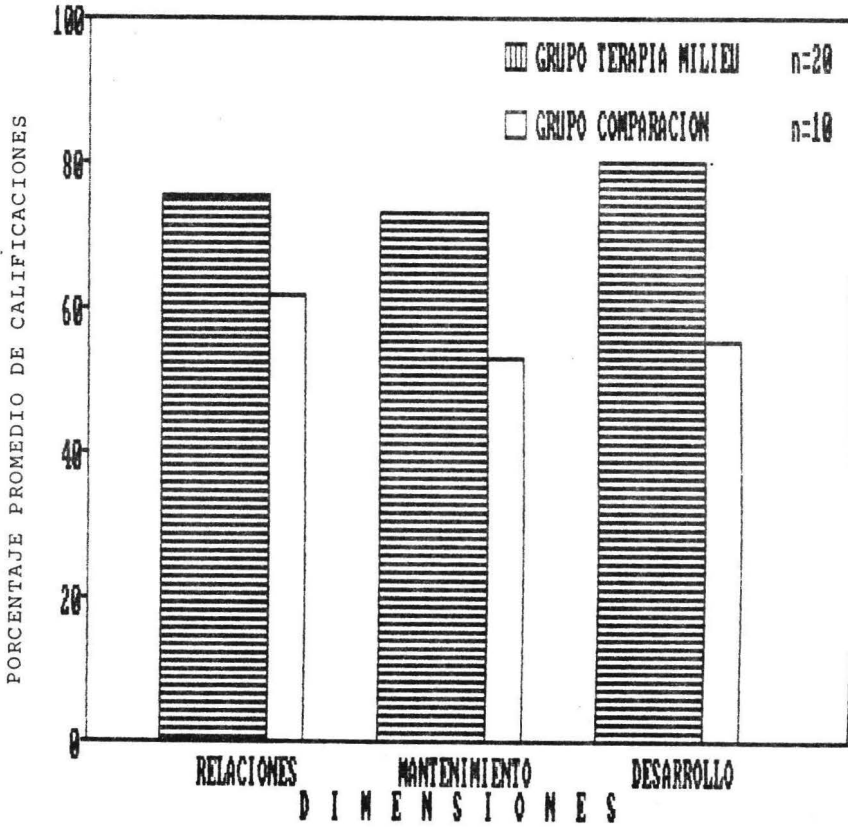


FIGURA 24

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE LOCUS DE CONTROL DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACION.

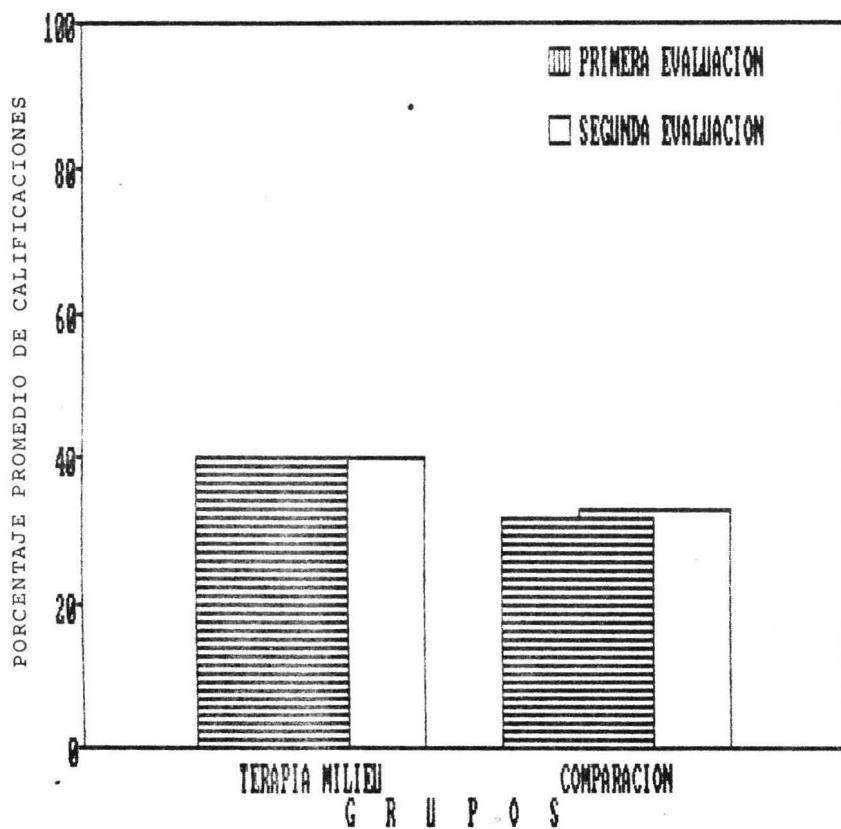
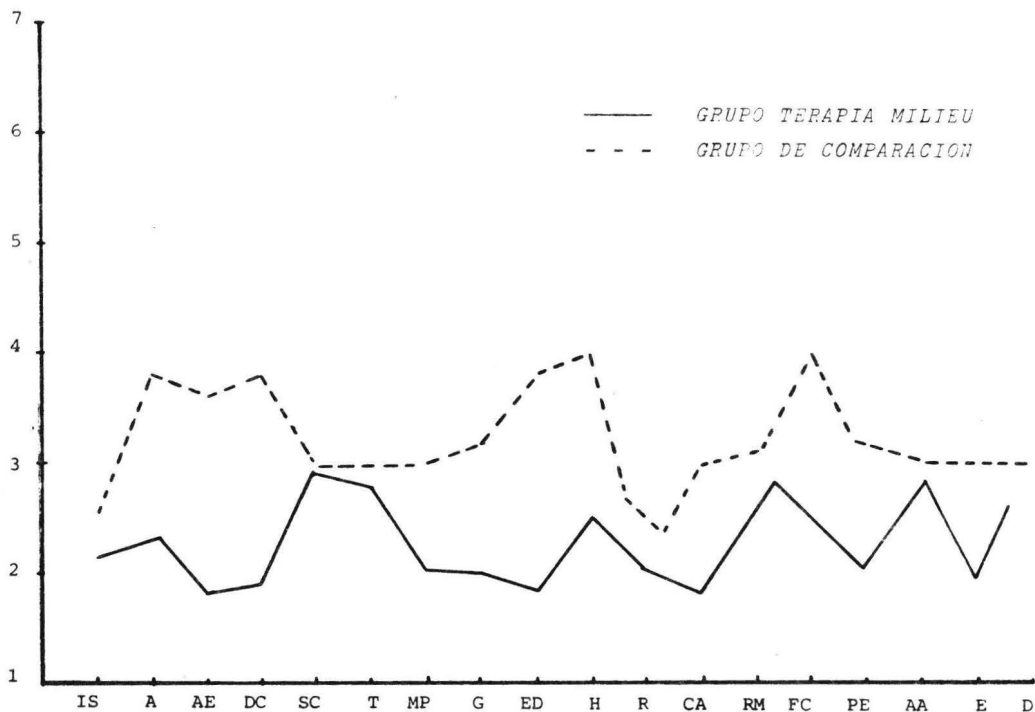


FIGURA 25

PERFIL DE SEVERIDAD PARCIAL OBTENIDO A TRAVES DE LA ESCALA BREVE DE EVALUACION PSIQUIATRICA DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION



SIMBOLOGIA

1. No presenta
2. Muy leve
3. Leve
4. Moderado
5. Medianamente moderado
6. Severo
7. Extremadamente severo

CONSTRUCTORES SOMATICOS

- |    |                            |    |                       |
|----|----------------------------|----|-----------------------|
| IS | Interés somático           | ED | Estado depresivo      |
| A  | Ansiedad                   | H  | Hostilidad            |
| AE | Aislamiento emocional      | R  | Recelo                |
| DC | Desorganización conceptual | CA | Conducta alucinatoria |
| SC | Sentimientos de culpa      | RM | Retardo motor         |
| T  | Tensión                    | FC | Falta cooperación     |
| MP | Manerismos y postura       | PE | Pensamiento extaño    |
| G  | Grandiosidad               | AA | Aplanamiento afectivo |
|    |                            | E  | Excitación            |
|    |                            | D  | Desorientación        |



FIGURA 26

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE AUTO-REPORTE DE SINTOMAS - EN SUS DOS APLICACIONES DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE TERAPIA MILIEU Y SU GRUPO DE COMPARACION

SINTOMAS	TERAPIA MILIEU			GRUPO DE COMPARACION		
	PRIMERA EVALUACION	SEGUNDA EVALUACION	DIFERENCIA	PRIMERA EVALUACION	SEGUNDA EVALUACION	DIFERENCIA
SOMATIZACION	1.7	1.6	.1	3	3	0
OBSESIVIDAD COMPULSIVIDAD	1.7	1.6	.1	2.5	2.6	.1
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	1.7	1.4	.5	3	2.8	.2
DEPRESION	1.5	1	.5	3	2.8	.2
ANSIEDAD	1.6	.7	.9	2.7	2.5	.2
HOSTILIDAD	1.6	1	.6	2.7	2.5	.2
ANSIEDAD FOBICA	1.7	1	.7	2.8	2.8	0
IDEAS PARANOIDES	1.8	.9	.9	3	3	0
PSICOSIS	1.7	1	.7	3.5	3.5	0

- SIMBOLOGIA:
1. Nunca
  2. Un poco
  3. Moderadamente
  4. Considerablemente
  5. En extremo

FIGURA 27

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA LOCALIZACION GEOGRAFICA DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE *APRENDIZAJE SOCIAL* Y DE *TERAPIA MILIEU* EN LOS ESCENARIOS HOSPITALARIOS.

GRUPO DE APRENDIZAJE SOCIAL. n=20

GRUPO DE TERAPIA MILIEU. n=76

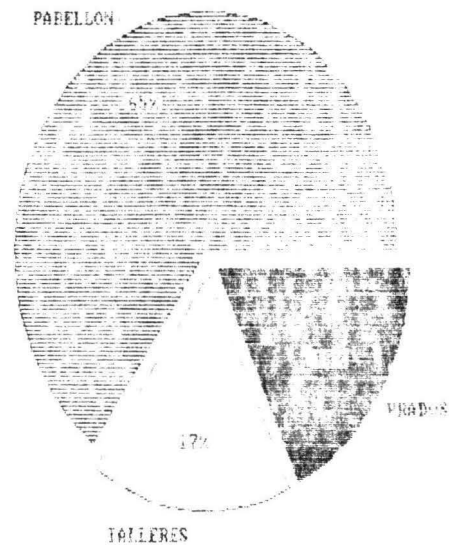
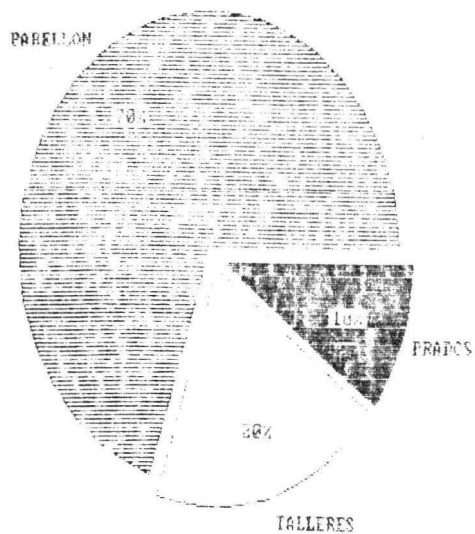


FIGURA 28

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA SOMNOLIENTA DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE *APRENDIZAJE SOCIAL* Y DE *TERAPIA MILIEU* DURANTE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION.

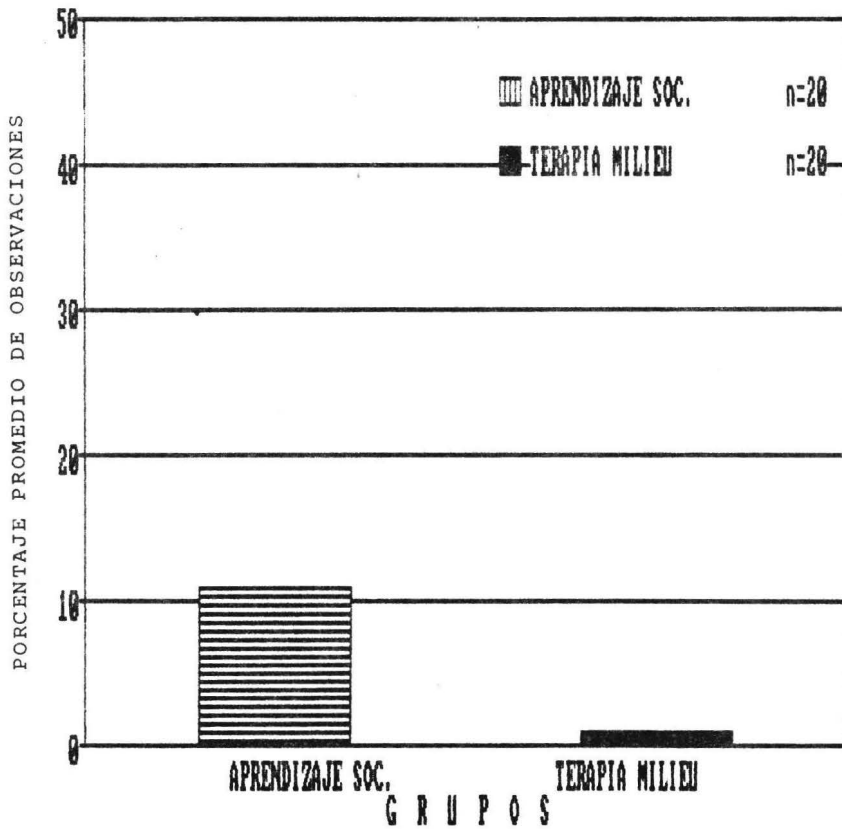


FIGURA 29

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA BIZARRA (incluye conductas agresivas, alucinatorias, motora gruesa repetitiva, etc.) DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE *APRENDIZAJE SOCIAL* Y DE *TERAPIA MILIEU* DURANTE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION.

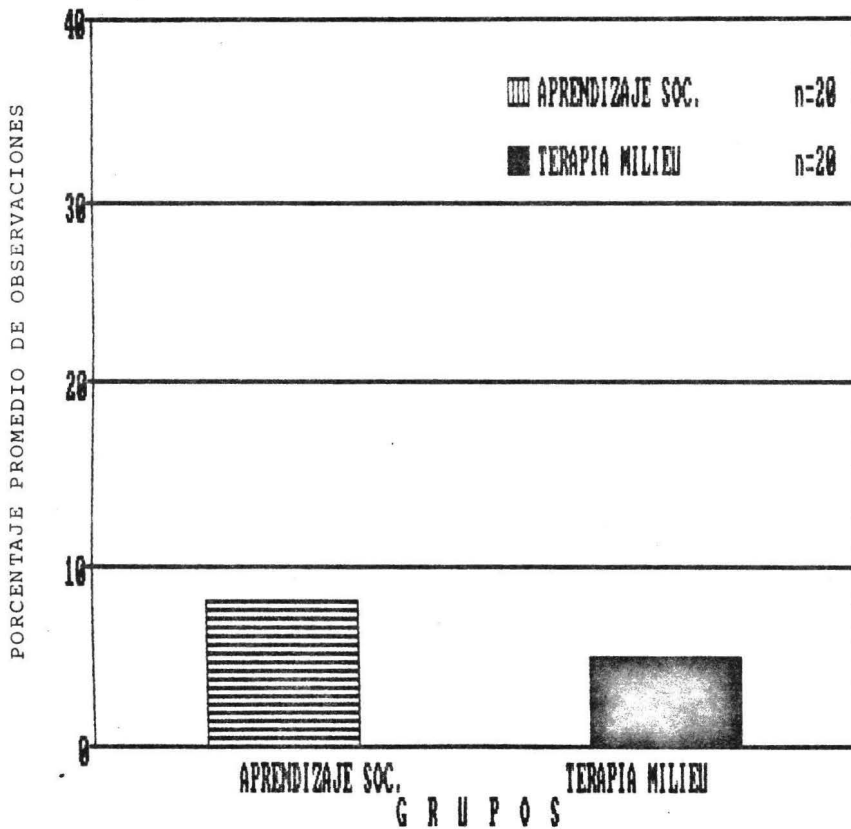


FIGURA 30

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA BIZARRA (incluye conductas agresivas, alucinatorias, motora repetitiva gruesa, etc.) DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE *APRENDIZAJE SOCIAL* Y DE *TERAPIA MILIEU*, DURANTE CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION.

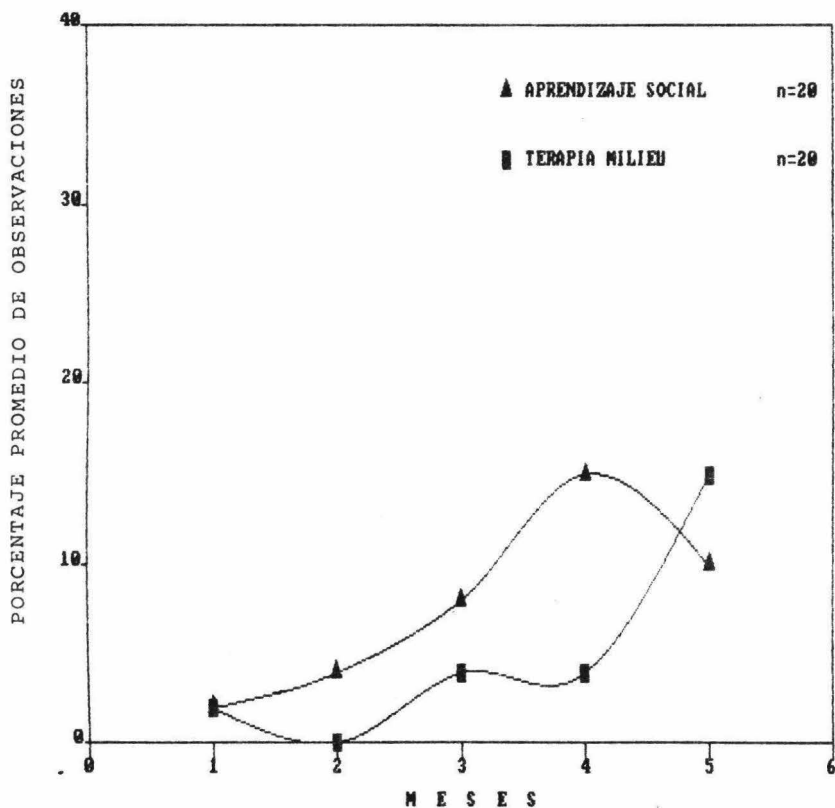


FIGURA 31

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS DE RESOCIALIZACION (incluye conductas de autocuidado, interacción social y de comunicación) DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE SOCIAL Y DE TERAPIA MILIEU, DURANTE LOS CINCO MESES DE LA EVALUACION.

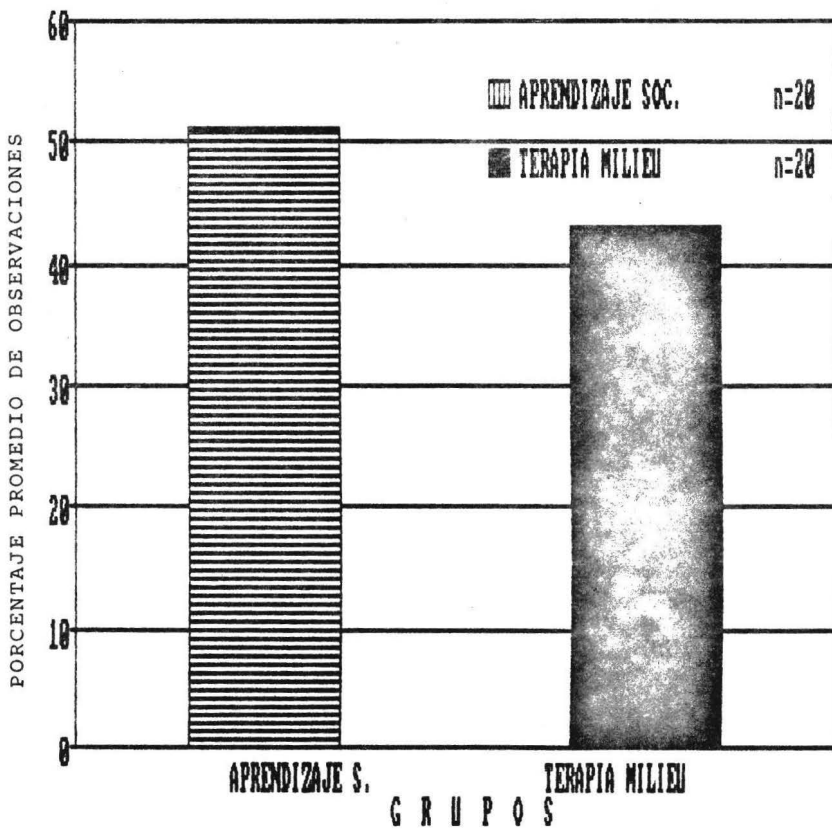


FIGURA 32

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS DE RESOCIALIZACION (incluye conductas de autocuidado, interacción social, y de comunicación) DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE *APRENDIZAJE SOCIAL* Y DE *TERAPIA MILIEU*, DURANTE CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE EVALUACION.

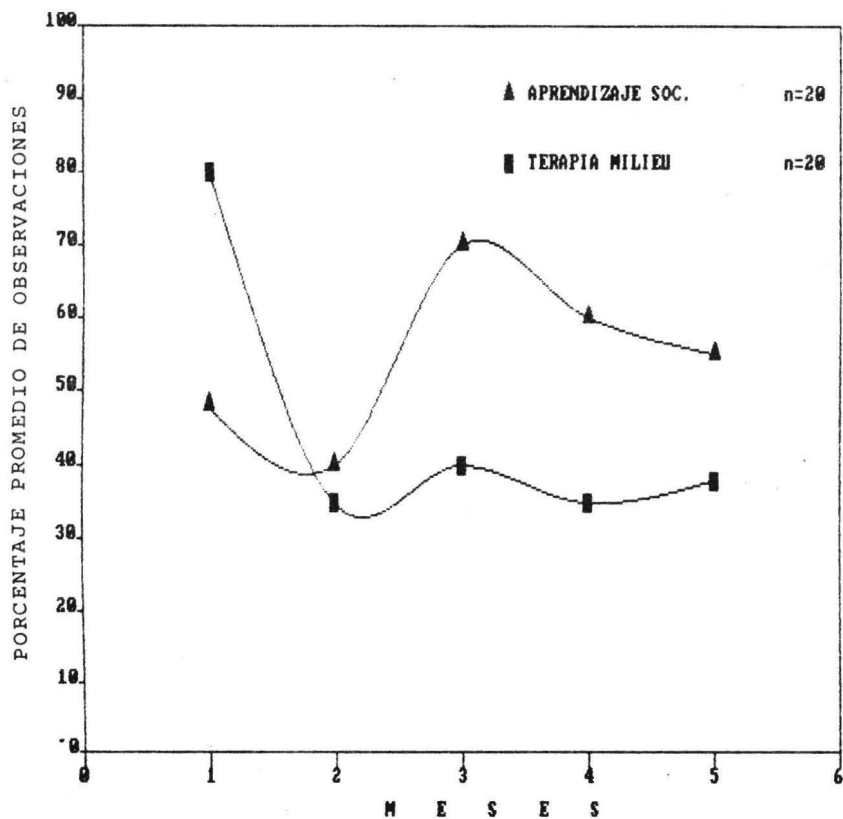


FIGURA 33

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS INSTRUMENTALES (incluye conductas de aseo de la vivienda, prevocacionales y vocacionales) DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE SOCIAL Y DE TERAPIA MILIEU, DURANTE LOS CINCO MESES DE EVALUACION.

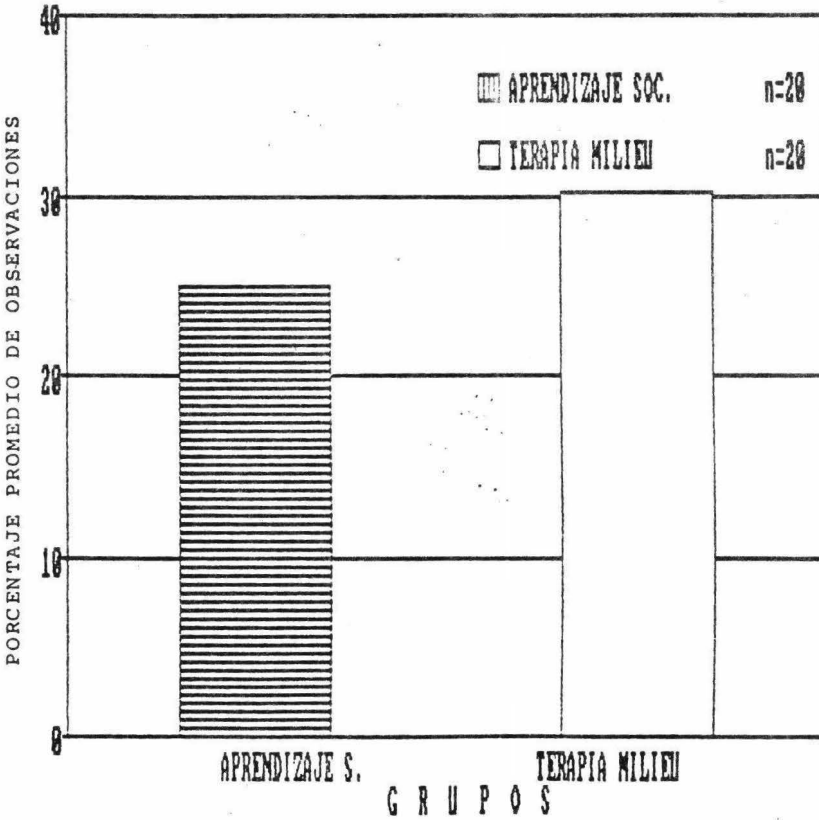




FIGURA 34

PORCENTAJE PROMEDIO DE OBSERVACIONES DE LAS CONDUCTAS INSTRUMENTALES (incluye conductas de aseo de la vivienda, prevocacionales y vocacionales) DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE SOCIAL Y DE TERAPIA MILIEU, DURANTE CADA UNO DE LOS CINCO MESES DE EVALUACION.

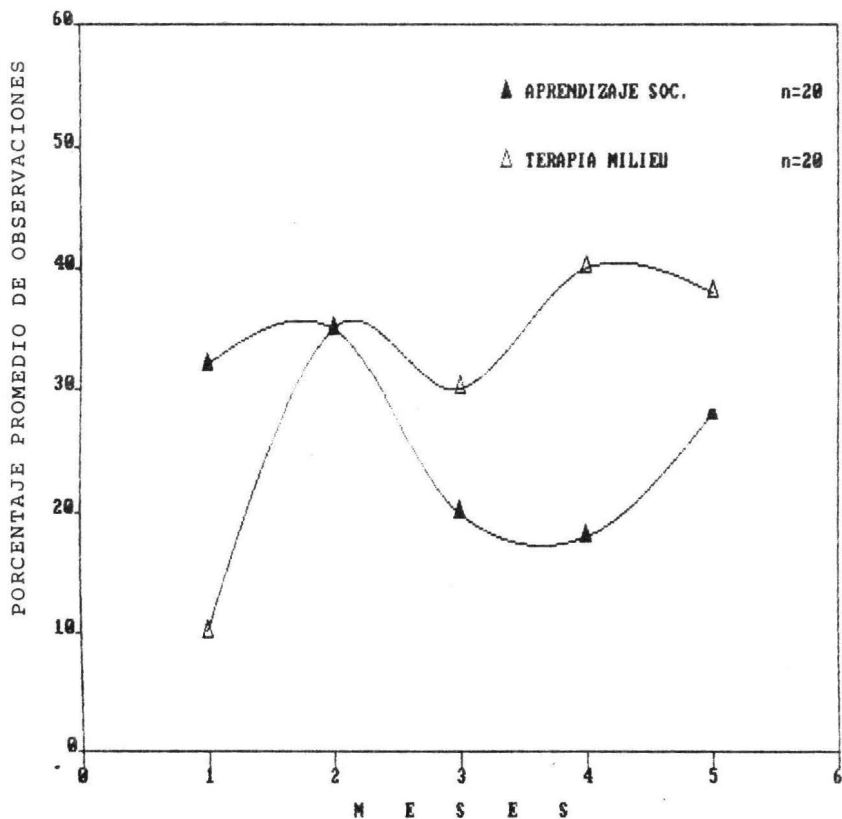


FIGURA 35

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE EVALUACION AMBIENTAL PARA INSTITUCIONES DE CUSTODIA DURANTE SU PRIMERA APLICACION A LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE SOCIAL Y DE TERAPIA MILIEU.

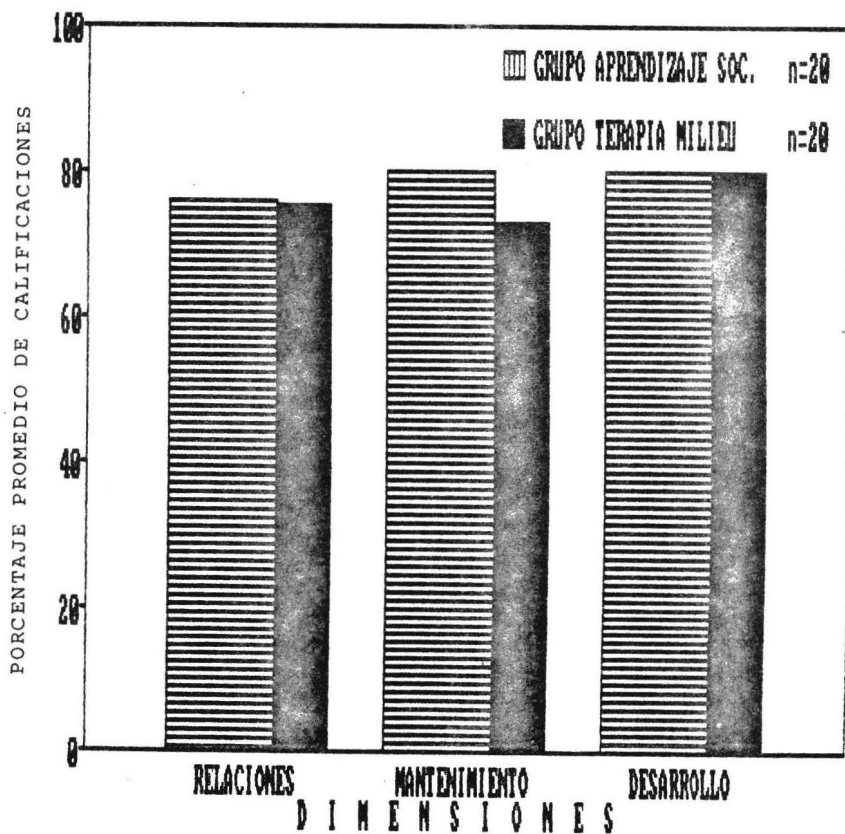


FIGURA 36

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE EVALUACION AMBIENTAL PARA INSTITUCIONES DE CUSTODIA DURANTE SU SEGUNDA APLICACION A LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE SOCIAL Y DE TERAPIA MILIEU.

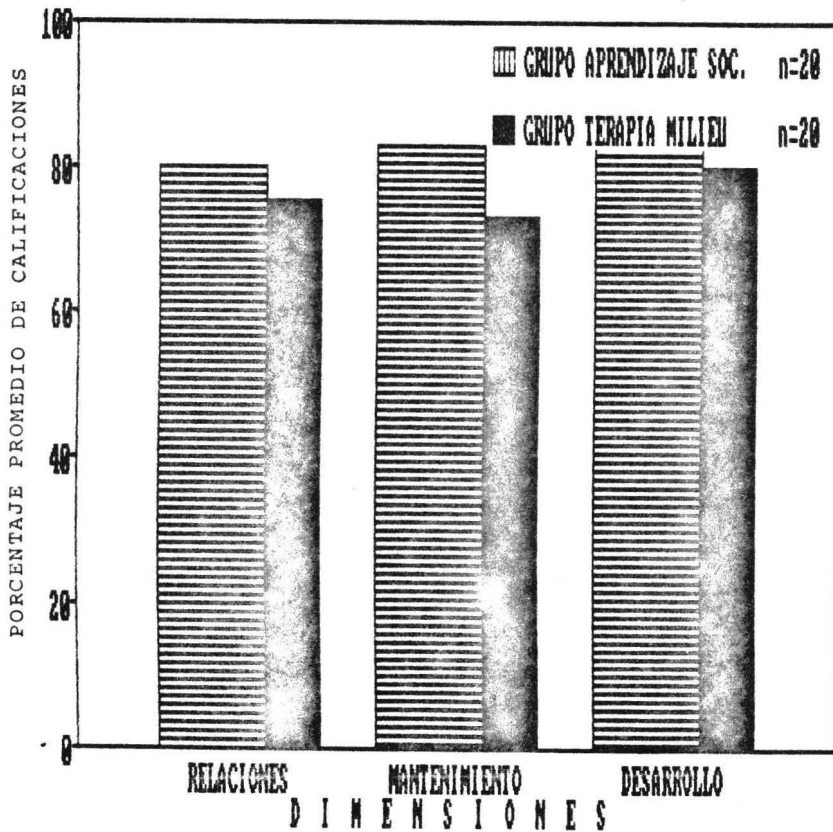


FIGURA 37

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA LOCUS DE CONTROL DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE *APRENDIZAJE SOCIAL* Y DE *TERAPIA MILIEU*, ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA EVALUACION.

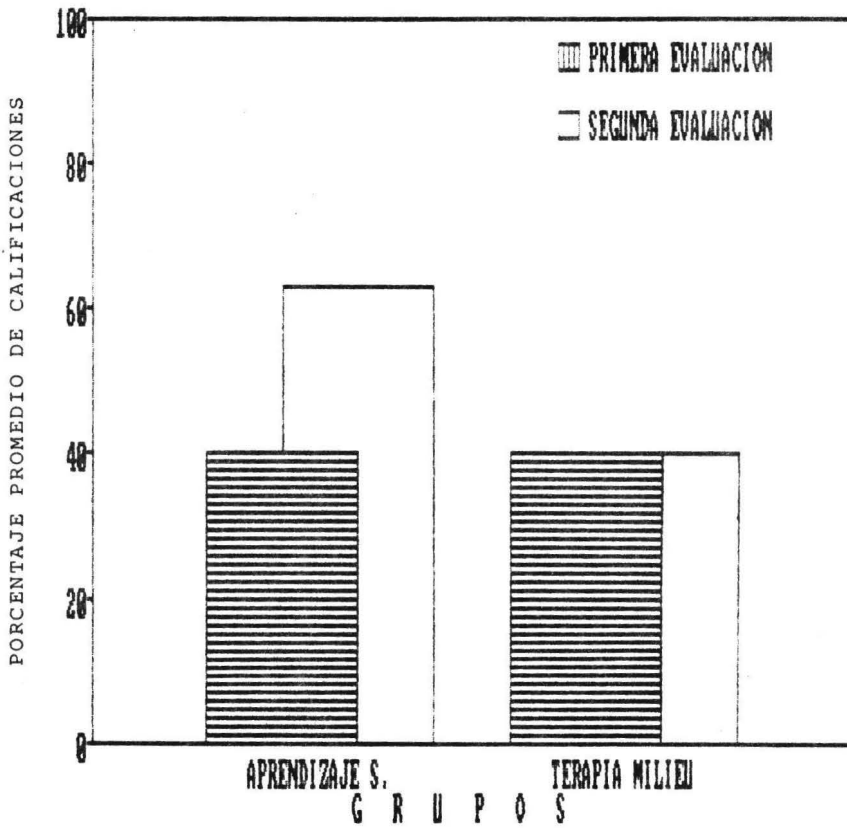
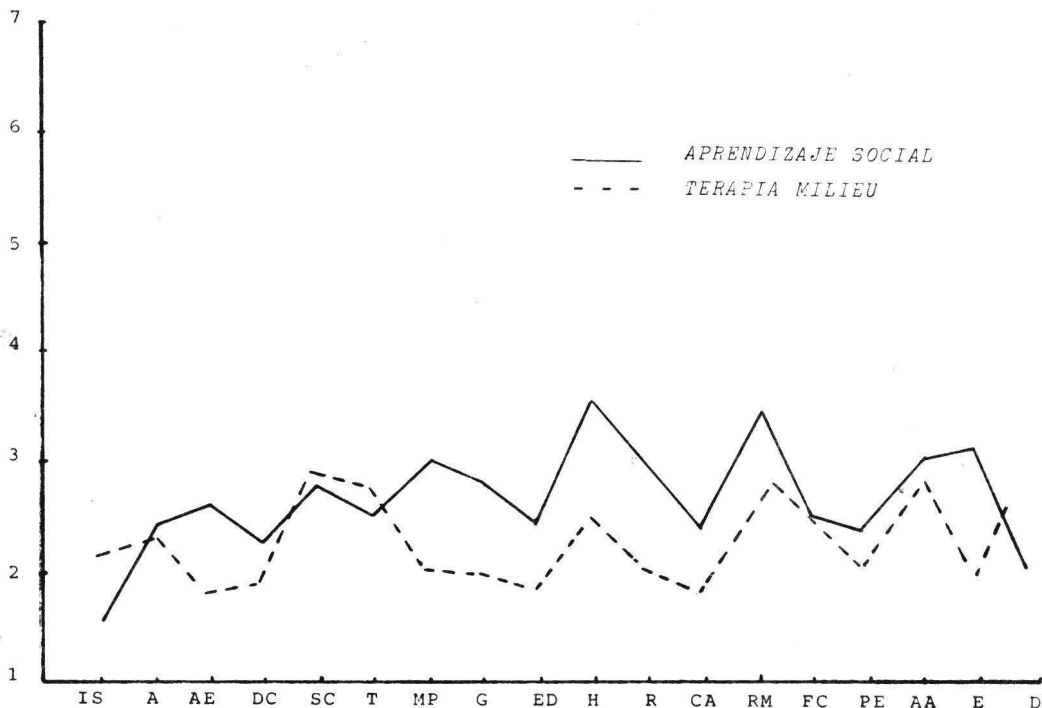


FIGURA 38

PERFIL DE SEVERIDAD PARCIAL OBTENIDO A TRAVES DE LA ESCALA DE EVALUACION PSIQUIATRICA DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE SOCIAL Y DE TERAPIA MILIEU.



SIMBOLOGIA

1. No presenta
2. Muy leve
3. Moderado
5. Medianamente moderado
6. Severo
7. Extremadamente severo

IS = Interés Somático  
 A = Ansiedad  
 AE = Aislamiento Emocional  
 DC = Desorganización Conceptual  
 SC = Sentimientos de Culpa  
 T = Tensión  
 MP = Manerismos y Postura  
 G = Grandiosidad

ED = Estado Depresivo  
 H = Hostilidad  
 R = Recelo  
 CA = Conducta Alucinatoria  
 RM = Retardo Motor  
 FC = Falta Cooperación  
 PE = Pensamiento Extraño  
 AA = Aplanamiento Afectivo  
 E = Excitación  
 D = Desorientación

FIGURA 39

PORCENTAJE PROMEDIO DE CALIFICACIONES OBTENIDAS A TRAVES DE LA ESCALA DE AUTO-REPORTE DE SINTOMAS - EN SUS DOS APLICACIONES DE LOS PACIENTES DE LOS GRUPOS DE APRENDIZAJE SOCIAL Y DE TERAPIA MILIEU.

SINTOMAS	APRENDIZAJE SOCIAL			TERAPIA MILIEU		
	PRIMERA EVALUACION	SEGUNDA EVALUACION	DIFERENCIA	PRIMERA EVALUACION	SEGUNDA EVALUACION	DIFERENCIA
SOMATIZACION	1.5	1	.5	1.7	1.6	.1
OBSESIVIDAD COMPULSIVIDAD	1.5	.9	.4	1.7	1.6	.1
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	1.7	1	.7	1.5	1	.5
DEPRESION	1.5	1	.5	1.7	1.4	.8
ANSIEDAD	1.6	.7	.9	1.7	.7	.9
HOSTILIDAD	1.7	1	.7	1.6	1	.6
ANSIEDAD FOBICA	1.5	1	.5	1.7	1	.7
IDEAS PARANOIDES	1.8	.9	.9	1.8	.9	.9
PSICOSIS	1.7	1	.7	1.7	1	.7

SIMBOLOGIA:

1. Nunca
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Considerablemente
5. En extremo

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos con la evaluación multidimensional sobre el impacto que provocan los programas de *Aprendizaje Social*, *Terapia Milieu* y *Psiquiátrico-Psicofarmacológico*, en el paciente mental crónico hospitalizado, serán analizados en relación a las siguientes categorías:

### Evaluación Conductual

Tanto los programas de *Aprendizaje Social* como de *Terapia Milieu* fueron similarmente efectivos en propiciar cambios en las clases de conductas señaladas por la investigación como relevantes para su tratamiento y eventual rehabilitación. Una revisión de los cambios diferenciales en dichas conductas permiten clarificar los mencionados cambios.

En lo referente a las conductas de Resocialización, que incluyen conductas de autocuidado, interacción social y de comunicación, los programas de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu*, propician en los pacientes la emisión de estas conductas, lo cual se observó a lo largo de los 5 meses de la evaluación. - Ya que se apreciaron con una variación de 35 a 80%, en contraste con sus grupos de comparación, sujetos al tratamiento *Psicofarmacológico*, que las presentaron en un rango de 10 a 25%.

Diferencias similares se encontraron en las Conductas Instrumentales, que abarcan conductas prevocacionales, vocacionales y de aseo de la vivienda. Observándose que los pacientes de los programas de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu* las presentaron dentro de un rango de 18 a 35%, y los pacientes de sus grupos de comparación en uno de 5 a 20%.

En relación al objetivo crucial de la rehabilitación de este tipo de población, la reducción o eliminación de Conducta Bizarra, los dos programas *psicosociales* de nueva cuenta mostraron



tener un mayor impacto sobre este tipo de conducta que el tratamiento *Psicofarmacológico*, en virtud de que en los primeros se observaron un promedio de conducta bizarra de 6%, y en los segundos un promedio de 30%, en los 5 meses de la evaluación.

Por otro lado, es de considerar que la estructura de los dos programas *psicosociales*, promueven un mayor involucramiento en actividades funcionales, lo cual se aprecia dado que del total de observaciones realizadas, se ubicó a los pacientes realizando algún tipo de conducta funcional, tanto en el pabellón como en los talleres en un 75%, y a los pacientes de sus grupos de comparación en un 15%, en los mismos escenarios, lo cual a su vez afectó de la ocurrencia de conducta somnolienta, ya que ésta se apreció en un 6% en los pacientes de los programas de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu*, y en los pacientes de sus grupos de comparación en un 27%.

#### Calidad del Ambiente

Por lo que respecta a la calidad del ambiente que proporcionan los tres programas de tratamiento, se observó que la naturaleza e intensidad de las relaciones entre el personal y los pacientes, que se evaluó a través de la Dimensión de Relaciones de la Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia, es mayor en los programas *psicosociales*, que en sus grupos de comparación.

De igual forma los programas de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu*, indican que poseen un ambiente ordenado y claro, capaz de mantener el control y la responsividad de los pacientes al cambio, en contraposición con el programa *Psicofarmacológico*, lo cual fue evaluado por medio de la Dimensión de Mantenimiento y Desarrollo del Sistema, de la citada escala.

De manera similar los programas *psicosociales* fomentan en los



pacientes la toma de decisiones, el interés por sus problemas y la búsqueda de sus soluciones, en relación con el programa de tratamiento tradicional, lo cual se evaluó por medio de la Dimensión de Desarrollo del Sistema, de la mencionada escala.

#### Evaluación del Locus de Control

En relación con el impacto que observan los tres programas de tratamiento sobre el cambio en la percepción de los pacientes sobre su conducta y sus consecuencias, solamente el programa de *Aprendizaje Social* logro incidir en dicha percepción, al promover en sus pacientes un cambio de *externalidad*, 40%, a *internalidad*, 63%, entre la primera y segunda evaluación, lo cual confirma la hipótesis de Rotter (1966; 1975).

#### Evaluación de la Sintomatología

Por lo que respecta al grado de sintomatología, los pacientes de los grupos de *Aprendizaje Social* y de *Terapia Milieu*, observaron un grado menor de ésta, tanto en la valoración practicada por psiquiatra, como por la realizada por ellos mismos, - efecto que no mostraron los pacientes de sus grupos de comparación.

Por otro lado, es importante señalar una serie de consideraciones con respecto al presente trabajo, en primer lugar a pesar de que las muestras de los pacientes seleccionadas al azar, fueron representativas, tanto de los dos programas *psicosociales* como de los de sus grupos de comparación, los resultados obtenidos se consolidarían, si en el futuro este tipo de trabajos tomaran en cuenta la selección de un mayor número de pacientes, principalmente de los que están expuestos al tratamiento *Psiquiátrico-Psicofarmacológico*, eligiendo muestras representativas de la totalidad de los pabellones de las dos instituciones psiquiátricas y aplicando un instrumento de ejecución conductual, con el objeto de determinar con mayor preci-

sión las bondades de los dos programas *psicosociales*.

En segundo lugar, se debe tomar en cuenta la validación social tanto de las metas como de los resultados de los tres programas de tratamiento, a fin de conocer si para la comunidad son relevantes y aceptables los cambios que pueden promover en los pacientes dichos programas.

Y, en tercer lugar, es necesario que este tipo de trabajos se realicen entre 2 a 5 años, con el objetivo de realizar un seguimiento de los pacientes que den de alta los tres programas, e identificar que tipos de conducta son los que la comunidad - de origen de los pacientes tolera y cuáles son motivo de su - rehospitización.

Considerando los hallazgos obtenidos, a la luz de los resultados analizados, se puede concluir señalando que las perspectivas para el paciente mental crónico hospitalizado en las instituciones federales, presentan un panorama alentador, en virtud de que en la actualidad se cuenta con dos modelos de tratamiento psicosocial, los cuales contienen una sólida concepción metodológica y una serie de técnicas y procedimientos de comprobada efectividad, que han señalado una línea de investigación promisoría que es importante seguir desarrollando, ya que aún existen varios aspectos que requieren un análisis más exhaustivo para poder contar con una visión más comprensiva de la problemática del paciente mental crónico hospitalizado.

De igual manera, la investigación en este campo es particular, debe tender a sentar las bases para la futura diseminación de alguno de los dos programas psicosociales, con la finalidad de ampliar la cobertura de beneficios a un mayor número de pacientes, para lo cual se requiere de acciones con la elaboración - de materiales de enseñanza; de modelos prácticos de entrenamiento y capacitación para el personal para-profesional y - -

no-profesional, y el desarrollo de sistemas continuos de evaluación y supervisión que aseguren que la aplicación de los programas de tratamiento serán realizados acorde con estándares mínimos de calidad.

Aunado a este tipo de actividades, también es de primordial importancia el promover acciones que permitan el cambio de la conceptualización que tienen acerca del paciente el personal que labora en estos escenarios, con la finalidad de facilitar el proceso de cambio en las prácticas hospitalarias prevalentes, estimándose que toda esta serie de consideraciones se pueden lograr mediante la voluntad política de las autoridades de las cuales dependen estas instituciones.

Finalmente, el continuar promoviendo el desarrollo y refinamiento de un modelo de evaluación multidimensional, en donde se contemplen aspectos tales como instrumentos de ejecución conductual, psicométricos, familiares y sociales, redundará en la obtención del perfil del estado actual del paciente mental crónico hospitalizado, así como la información que permita ir delineando las características principales de tratamiento, que es deseable integren un modelo interdisciplinario que eventualmente deberá operar dentro de las instituciones psiquiátricas, tomando en cuenta la compleja problemática (v.g. conductual, física, psiquiátrica, familiar, social), que es característica de la gran mayoría de los pacientes mentales crónicos hospitalizados.

A N E X O S

DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS DEL INSTRUMENTO  
DE OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

Conductas Mutuamente Excluyentes

1. Caminando: Colocación consecutiva de un pie o pierna enfrente de la otra, a una tasa que requiere un segundo o más para cubrir una distancia de un metro.
2. Corriendo: Colocación consecutiva de un pie o pierna enfrente de la otra, a una tasa que requiere menos de un segundo para cubrir una distancia de un metro.
3. Parado: El 90% del cuerpo corporal soportado por las piernas; uno o ambos pies sobre el piso y permanecer inmóvil - por dos segundos o más. En esta categoría se incluye el arrodillarse.
4. Sentado: Una o ambas nalgas colocadas en la silla o en el piso:
  - a. Con los ojos abiertos: con los párpados abiertos y la pupila visible.
  - b. Con los ojos cerrados: con los párpados cerrados y/o con los ojos completamente cubiertos con un objeto (mano, papel).
5. Acostado: Tres cuartas partes del largo del cuerpo en posición horizontal:
  - a. Con los ojos abiertos: con los párpados abiertos y la pupila visible.
  - b. Con los ojos cerrados: con los párpados cerrados y/o con

los ojos completamente cubiertos con un objeto (mano, pa  
pel).

### Conductas Concomitantes

#### Consumo:

6. Bebiendo: Consumiendo cualquier líquido digerible usando - los labios, siguiendo una conducta observable de tragar.
7. Fumando: Presencia de un cigarrillo encendido entre los dedos o los labios, o en el proceso de colocar el cigarrillo en la boca, o en el prender el cerillo o el cigarrillo.
8. Comiendo: Preparación previa de alimentos a consumirse en - ese momento (v.g. untar un pan con mantequilla), colocar la comida en la boca, masticarla o tragarla.
9. Tomando Medicamento: Proceso de una o más de las siguientes conductas:
  - a. Tomar el medicamento con la mano;
  - b. Colocar el medicamento en la boca, y
  - c. Tragar el medicamento.

### Conducta Bizarra

10. Conducta Motora Perseverativa Fina: Movimientos repetitivos faciales (gestos) o de los dedos de las manos enfrente de la cara.
11. Conducta Motora Perseverativa Gruesa; Movimientos repetitiu

vos de brazos o piernas, así como el balancearse.

12. Conducta Verbal Alucinatoria: Verbalizaciones audibles -- (ruidos, palabras, oraciones, risas o carcajadas), sin la presencia de contacto visual, torso, cabeza u hombros -- orientados hacia otro paciente o miembro del personal.
13. Conducta Autoagresiva: Es la observación del paciente golpeándose así mismo, con sus manos u otros objetos.
14. Conducta Agresiva Verbal: Verbalizaciones del paciente con un tono de voz alto (gritos), amenazas o groserías a otro paciente o miembro del personal.
15. Conducta Agresiva Física: Golpear con las manos, pies u - otros objetos a otro paciente o miembro del personal.
16. Daño contra Propiedad Ajena: Destruir o lanzar objetos materiales, que son propiedad del paciente.
17. Deambular: Actividad motora repetitiva del caminar, si una vuelta completa es realizada por el paciente durante los - 10 segundos de la observación.
18. No Responder a Estímulos Ambientales: Es la observación - del paciente que no realiza ningún tipo de interacción con la actividad planeada y no responde ante instrucciones o - instigaciones físicas.
19. Aislamiento Social: Es la observación del paciente jugando él solo (rayando un papel, jugando con algún objeto), en - una actividad estructurada, principalmente de tipo recreacional.

20. Conducta Sexual Inapropiada en Público: Es la presentación por parte del paciente de conductas tales como: masturbación, desvestirse, o cualquier conducta sexual en presencia de pacientes o miembros del personal.
21. Llorar sin Razón Aparente: Gimoteos, sollozos o llanto sin que exista un evento objetivo para tales conductas.

#### Conductas de Resocialización

22. Conducta de Autocuidado por sí Mismo: Incluye una o más de las siguientes conductas por el paciente mismo:
- a. Lavarse cualquier parte del cuerpo;
  - b. Peinarse o cepillarse el pelo, y
  - c. Vestirse o desvestirse en el baño.
23. Conducta de Autocuidado por otro Paciente: Incluye una o más de las siguientes conductas:
- a. Siendo bañado por otro paciente;
  - b. Peinado o cepillado por otro paciente, y
  - c. Siendo vestido o desvestido por otro paciente.
24. Participando en Actividades Recreacionales: Cualquier juego estructurado o no en donde el paciente a observar presente conductas de: bailar, jugar cartas, jugar dominó, etc., con uno o más pacientes.
25. Interactuando Socialmente con otro Paciente: Emitiendo - cualquier sonido audible o la observación del movimiento - de los labios simultáneamente a la orientación corporal de: contacto visual, torso, cabeza u hombros hacia el otro paciente.



26. Interactuando Socialmente con un Visitante o Miembro del - Personal: Emitiendo cualquier sonido audible o la observación del movimiento de los labios simultáneo a la orientación corporal de: contacto visual, torso, cabeza u hombros hacia el visitante o miembro del personal.
27. Participando Activamente en una Reunión de Grupo: La presencia del total de pacientes y el personal en donde el paciente a observar presente las siguientes conductas: hablando al grupo, levantando la mano para pedir la palabra.
28. Atendiendo en la Reunión de Grupo: La presencia del total de pacientes y el personal, en donde el paciente a observar presente alguna de las siguientes conductas:
  - a. Orientación visual;
  - b. Cabeza;
  - c. Tronco, y
  - d. Hombros orientados hacia la persona que se encuentre - hablando.
29. Leyendo, Escribiendo o Mirando una Revista: Establecer contacto visual con el material por 5 segundos o más, siempre y cuando estas conductas se presenten dentro del horario - de las actividades recreacionales o académicas.
30. Mirando la Televisión: Es la presencia de las siguientes - conductas del paciente a observar: orientación visual, - tronco, cabeza y hombros hacia el aparato de televisión, siempre y cuando se presente la conducta dentro del horario de las actividades recreacionales.

### Conductas Instrumentales

31. Conductas Prevocacionales o Vocacionales: Conductas tales como: trabajar la tierra, trabajar en algún taller del hospital, en la realización de labores manuales.
31. Aseo de la Vivienda: Conductas de limpieza tales como: barrer, trapear, limpiar muebles, sacudir, lavar.
32. Fuera de Unidad: Es la ausencia del paciente a observar.

## LOCALIZACIÓN

1. Pabellón
2. Dormitorios
3. Baños
4. Regaderas
5. Lavabos
6. Comedor
7. Coordinación General
8. Residencia
9. Area Recreativa
10. Sección de Enfermería
11. Talleres
12. Lavandería
13. Jardines
14. Hortaliza
15. Dirección
16. Oficinas
17. Tienda
18. Puerta Principal

ESCALA DE EVALUACIÓN AMBIENTAL PARA INSTITUCIONES DE CUSTODIA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Pabellón: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: El presente cuestionario consta de 35 afirmaciones, marca con una cruz la letra (V) si crees que dicha afirmación es verdadera, o pon una cruz en la letra (F) si crees que la afirmación es falsa.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Los pacientes están orgullosos de su pabellón                               | V | F |
| 2. El personal tiene muy poco tiempo para apoyar a los pacientes               | V | F |
| 3. Los pacientes son animados para mostrar sus sentimientos                    | V | F |
| 4. El personal hace caso de las sugerencias de los pacientes                   | V | F |
| 5. Existe poca importancia en la elaboración de planes para salir del Hospital | V | F |
| 6. Se espera que los pacientes comenten sus problemas personales entre ellos   | V | F |
| 7. El personal algunas veces discute con alguno de los pacientes               | V | F |
| 8. El personal se asegura que el pabellón este siempre limpio                  | V | F |
| 9. Una vez que se le arregla un horario a un paciente, éste lo debe seguir     | V | F |

10. Al personal le importa lo que les <u>su</u> cede a los pacientes, una vez que - han salido del Hospital	V	F
11. Los pacientes ocultan sus sentimientos al personal	V	F
12. Los pacientes llegan a manejar su <u>pa</u> bellón	V	F
13. Los pacientes son aconsejados para - planear su vida futura	V	F
14. Los pacientes son animados para <u>pl</u> ticar sus problemas personales con - otros pacientes	V	F
15. El pabellón frecuentemente está <u>su</u> cio	V	F
16. Si un paciente del Hospital es <u>cam</u> biado de pabellón, alguien del <u>perso</u> nal le explica por qué	V	F
17. Los pacientes pueden criticar a los miembros del personal en su cara	V	F
18. Los pacientes en su pabellón cuidan de sus demás compañeros	V	F
19. El personal ayuda a los nuevos pa- cientes a adaptarse a su pabellón	V	F
20. El personal y los pacientes dicen <u>co</u> mo se sienten unos a otros	V	F
21. El personal da a los pacientes muy - poca responsabilidad	V	F

22. Los pacientes son animados para aprender nuevas maneras de hacer las cosas	V	F
23. Los problemas personales son dichos abiertamente	V	F
24. El pabellón frecuentemente se ve un poco sucio	V	F
25. Cuando llega por primera vez un paciente al pabellón, alguien le muestra los alrededores y le explica cómo funciona	V	F
26. Los pacientes pueden ser cambiados del pabellón si no obedecen las reglas	V	F
27. Hay muy poco compañerismo en el pabellón	V	F
28. Los pacientes más grandes ayudan a cuidar a los más pequeños	V	F
29. Los pacientes del pabellón dicen lo que realmente piensan	V	F
30. Los pacientes pueden decir lo que pasa en su pabellón	V	F
31. Se da poca importancia a lo que van a hacer los pacientes cuando dejan el Hospital	V	F
32. Las pláticas en el pabellón le dan importancia al entendimiento de problemas personales	V.	F

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 33. Este pabellón está muy bien organizado                              | V | F |
| 34. El personal siempre cambia su forma de ser en el pabellón           | V | F |
| 35. Todas las decisiones acerca del pabellón son hechas por el personal | V | F |

## ESCALA DE AUTO-REPORTE DE SÍNTOMAS

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Pabellón: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Instrucciones:

A continuación se presenta una lista de molestias y problemas que la gente tiene algunas veces.

Por favor, lea cada una de ellas cuidadosamente y después de hacerlo llene uno de los espacios a la derecha, la que mejor describa cuánto le ha molestado o afligido ese problema durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.

Marque cuidadosamente su opción usando lápiz. No use pluma.

Si usted quiere cambiar su respuesta, borre cuidadosamente la primera marca y no marque dos espacios o más en el mismo renglón, de modo que solo quede una respuesta para cada uno de los puntos.

A continuación le presentamos un ejemplo.

CUANTO HA ESTADO MOLESTO POR:

PROBLEMA	NUNCA	UN POCO	MODERADA MENTE	CONSIDERA BLEMENTE	EN EXTREMO
DOLOR DE ESPALDA	_____	<u>  X  </u>	_____	_____	_____



PROBLEMA	NUNCA	UN POCO	MODERADA MENTE	CONSIDERA BLEMENTE	EN EXTREMO
QUE TANTAS MOLESTIAS HA TENIDO POR:					
1. DOLOR DE CABEZA	_____	_____	_____	_____	_____
2. NERVIOSISMO O INQUIETUD	_____	_____	_____	_____	_____
3. PENSAMIENTOS INDESEABLES, PALABRAS O IDEAS QUE NO - ABANDONAN TU MENTE	_____	_____	_____	_____	_____
4. DEBILITAMIENTO O DESMAYOS	_____	_____	_____	_____	_____
5. PERDIDA DE INTERES SEXUAL O PLACER	_____	_____	_____	_____	_____
6. SER CRITICADO POR PERSONAS	_____	_____	_____	_____	_____
7. LA IDEA QUE ALGUIEN MAS PUE DE CONTROLAR TUS PENSAMIENTOS	_____	_____	_____	_____	_____
8. SENTIR QUE OTROS TIENEN LA CULPA DE TUS PROBLEMAS	_____	_____	_____	_____	_____
9. DIFICULTAD PARA RECORDAR - LAS COSAS	_____	_____	_____	_____	_____
10. PREOCUPARSE POR SER DESORDE NADO O DESCUIDADO	_____	_____	_____	_____	_____
11. SENTIRSE FACILMENTE IRRITA- DO	_____	_____	_____	_____	_____

PROBLEMA	NUNCA	UN POCO	MODERADA MENTE	CONSIDERA BLEMENTE	EN EXTREMO
12. DOLORS EN EL CORAZON O PECHO	_____	_____	_____	_____	_____
13. SENTIR MIEDO EN LOS ESPACIOS ABIERTOS O EN LAS CALLES	_____	_____	_____	_____	_____
14. SENTIRSE CON POCAS GANAS, SIN FUERZAS O DESFALLECIDO	_____	_____	_____	_____	_____
15. TENER PENSAMIENTOS DE QUE PRONTO MORIRAS	_____	_____	_____	_____	_____
16. OIR VOCES QUE OTRAS PERSONAS NO OYEN	_____	_____	_____	_____	_____
17. ESTAR TEMBLANDO	_____	_____	_____	_____	_____
18. SENTIR QUE NO SE PUEDE CONTAR CON LA GENTE	_____	_____	_____	_____	_____
19. TENER POCO APETITO	_____	_____	_____	_____	_____
20. LLORAR FACILMENTE	_____	_____	_____	_____	_____
21. SENTIRSE COHIBIDO O TIMIDO ANTE LAS MUJERES	_____	_____	_____	_____	_____
22. SENTIRSE ATRAPADO O CAUTIVO	_____	_____	_____	_____	_____
23. SENTIR QUE DE REPENTE TE ASUSTAS SIN RAZON ALGUNA	_____	_____	_____	_____	_____
24. ENOJOS QUE NO PUEDES CONTROLAR	_____	_____	_____	_____	_____
25. SENTIR MIEDO DE SALIR DE TU CASA SOLO	_____	_____	_____	_____	_____

PROBLEMA	NUNCA	UN POCO	MODERADA MENTE	CONSIDERA BLEMENTE	EN EXTREMO
26. CULPARSE POR LAS COSAS QUE PASAN	_____	_____	_____	_____	_____
27. DOLORES EN LA PARTE BAJA DE LA ESPALDA	_____	_____	_____	_____	_____
28. SENTIRSE INCAPAZ PARA HACER LAS COSAS	_____	_____	_____	_____	_____
29. SENTIRSE SOLO	_____	_____	_____	_____	_____
30. PREOCUPARSE MUCHO POR LAS - COSAS	_____	_____	_____	_____	_____
31. SENTIRSE TRISTE	_____	_____	_____	_____	_____
32. NO TENER INTERES POR LAS - COSAS	_____	_____	_____	_____	_____
33. SENTIRSE ATEMORIZADO	_____	_____	_____	_____	_____
34. SENTIRSE HERIDO FACILMENTE EN SUS SENTIMIENTOS	_____	_____	_____	_____	_____
35. SENTIR QUE OTRAS PERSONAS - CONOCEN TUS PENSAMIENTOS	_____	_____	_____	_____	_____
36. SENTIR QUE LOS DEMAS NO TE ENTIENDEN	_____	_____	_____	_____	_____
37. SENTIR QUE LOS DEMAS NO SON AMISTOSOS	_____	_____	_____	_____	_____
38. HACER LAS COSAS MUY LENTAMENTE PARA SENTIR QUE LAS - HIZO BIEN	_____	_____	_____	_____	_____

PROBLEMA	NUNCA	UN POCO	MODERADA MENTE	CONSIDERA BLEMENTE	EN EXTREMO
39. SENTIR FUERTES LATIDOS EN - EL CORAZON	_____	_____	_____	_____	_____
40. SENTIR NAUSEAS O QUE SE LE REVUELVE EL ESTOMAGO	_____	_____	_____	_____	_____
41. SENTIRSE INFERIOR A LOS DE- MAS	_____	_____	_____	_____	_____
42. SENTIR DOLORES EN LOS MUSCU LOS	_____	_____	_____	_____	_____
43. SENTIR QUE LO ESPIAN O HA- BLAN DE USTED LOS DEMAS	_____	_____	_____	_____	_____
44. TENER PROBLEMAS PARA PODER DORMIR POR LAS NOCHES	_____	_____	_____	_____	_____
45. TENER QUE CHECAR DOS VECES LO QUE USTED HACE	_____	_____	_____	_____	_____
46. SENTIR DIFICULTAD PARA TO- MAR DECISIONES	_____	_____	_____	_____	_____
47. SENTIR MIEDO DE VIAJAR EN AUTOBUS	_____	_____	_____	_____	_____
48. TENER PROBLEMAS AL RESPIRAR	_____	_____	_____	_____	_____
49. SENTIR ESCALOFRIOS	_____	_____	_____	_____	_____
50. TENER QUE EVITAR CIERTAS CO- SAS PORQUE LE DAN MIEDO	_____	_____	_____	_____	_____
51. SENTIR QUE SU MENTE SE PONE EN BLANCO Y NO RECUERDA NADA	_____	_____	_____	_____	_____

PROBLEMA	NUNCA	UN POCO	MODERADA MENTE	CONSIDERA BLEMENTE	EN EXTREMO
52. SENTIR ENTUMECIMIENTO Y HOR MIGUEO EN EL CUERPO	_____	_____	_____	_____	_____
53. SENTIR UN NUDO EN LA GARGAN TA	_____	_____	_____	_____	_____
54. SENTIR DESESPERACION POR EL FUTURO	_____	_____	_____	_____	_____
55. TENER PROBLEMAS PARA CONCEN TRARSE EN ALGO	_____	_____	_____	_____	_____
56. SENTIR DEBILIDAD EN ALGUNAS PARTES DE SU CUERPO	_____	_____	_____	_____	_____
57. SENTIRSE TENSO	_____	_____	_____	_____	_____
58. SENTIR PESADEZ EN BRAZOS, - MANOS Y PIERNAS	_____	_____	_____	_____	_____
59. PENSAR EN LA MUERTE	_____	_____	_____	_____	_____
60. COMER EN EXCESO (MUCHO)	_____	_____	_____	_____	_____
61. SENTIRSE INCOMODO CUANDO - LOS DEMAS LO VEN O ESTAN HA BLANDO DE USTED	_____	_____	_____	_____	_____
62. TENER PENSAMIENTOS QUE NO - SON SUYOS	_____	_____	_____	_____	_____
63. TENER IMPULSOS DE GOLPEAR, INSULTAR O DAÑAR A ALGUIEN	_____	_____	_____	_____	_____
64. DESPERTAR TEMPRANO POR LA MAÑANA	_____	_____	_____	_____	_____

PROBLEMA	NUNCA	UN POCO	MODERADA MENTE	CONSIDERA BLEMENTE	EN EXTREMO
65. TENER QUE REPETIRSE LAS MIS- MAS ACCIONES COMO TOCAR, - DORMIR O LAVARSE	_____	_____	_____	_____	_____
66. DORMIR SIN DESCANSAR O CON PERTURBACIONES	_____	_____	_____	_____	_____
67. TENER IMPULSOS DE ROMPER O DAÑAR COSAS	_____	_____	_____	_____	_____
68. SENTIR QUE NO INTERACTUAS - CON LOS DEMAS	_____	_____	_____	_____	_____
69. SENTIRSE MUY CONCIENTE DE - SI MISMO CON LOS DEMAS	_____	_____	_____	_____	_____
70. SENTIRSE MOLESTO DONDE HAYA MUCHA GENTE	_____	_____	_____	_____	_____
71. SENTIR QUE HAY QUE PONER ES- FUERZO EN TODAS LAS COSAS	_____	_____	_____	_____	_____
72. TENER MOMENTOS EN QUE SIEN- TE MIEDO, TERROR O PANICO	_____	_____	_____	_____	_____
73. SENTIRSE INCOMODO CUANDO CO- ME O BEBE DONDE HAY MUCHA - GENTE	_____	_____	_____	_____	_____
74. TENER QUE ARGUMENTAR FRE- CUENTEMENTE	_____	_____	_____	_____	_____
75. SENTIRSE NERVIOSO CUANDO LO DEJAN SOLO	_____	_____	_____	_____	_____
76. SENTIR QUE LOS DEMAS NO LE RECONOCEN ADECUADAMENTE SUS LOGROS	_____	_____	_____	_____	_____

PROBLEMA	NUNCA	UN POCO	MODERADA MENTE	CONSIDERA ELEMENTE	EN EXTREMO
77. SENTIRSE SOLO AUNQUE ESTE - CON GENTE	_____	_____	_____	_____	_____
78. SENTIRSE TAN CANSADO QUE NO SE PUEDE ESTAR TRANQUILLO	_____	_____	_____	_____	_____
79. SENTIRSE DESVALORIZADO	_____	_____	_____	_____	_____
80. SENTIR QUE LAS COSAS FAMILIA RES SON EXTRAÑAS	_____	_____	_____	_____	_____
81. GRITAR O AVENTAR LAS COSAS	_____	_____	_____	_____	_____
82. SENTIR MIEDO HA DESMAYARSE - EN PUBLICO	_____	_____	_____	_____	_____
83. SENTIR QUE LA GENTE ABUSARA DE USTED SI SE DEJA	_____	_____	_____	_____	_____
84. TENER IDEAS ACERCA DEL SEXO Y LE MOLESTAN DEMASIADO	_____	_____	_____	_____	_____
85. TENER IDEAS DE QUE USTED DE BERA SER CASTIGADO	_____	_____	_____	_____	_____
86. SENTIR QUE LA PRESIONAN PA- RA HACER LAS COSAS	_____	_____	_____	_____	_____
87. TENER IDEAS DE QUE ALGO SE- RIO PERJUDIQUE SU CUERPO	_____	_____	_____	_____	_____
88. SENTIR QUE NUNCA HA ESTADO CERCA DE OTRA PERSONA	_____	_____	_____	_____	_____
89. TENER SENTIMIENTOS DE CULPA	_____	_____	_____	_____	_____
90. TENER LA IDEA DE QUE ALGO - ESTA MAL EN SU MENTE	_____	_____	_____	_____	_____

## ESCALA DE LOCUS DE CONTROL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Pabellón: \_\_\_\_\_

Evaluador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Voy a leerte unas oraciones, quiero que me digas si estas de acuerdo o no con lo que se dice en cada una de ellas.

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. ¿Crees que los planes que tienes se cumplen?   | SI | NO |
| 2. ¿Crees que lo que haces ya está destinado?   | SI | NO |
| 3. ¿Crees que es imposible luchar contra el destino?  | SI | NO |
| 4. ¿Crees que debes preocuparte por el mañana?  | SI | NO |
| 5. ¿Tú crees que aunque un muchacho se case, debe hacer siempre lo que sus padres dicen?  | SI | NO |
| 6. ¿Cuando un muchacho tiene una buena oportunidad en su trabajo, piensas que debe permanecer con sus padres aunque pierda esa oportunidad? | SI | NO |
| 7. ¿Nada en la vida merece el sacrificio de separarse de sus padres?  | SI | NO |
| 8. ¿Es mejor que reconozcan el trabajo de todos que solamente el tuyo?  | SI | NO |
| 9. ¿Es mejor gastar el dinero en educación que comprar un carro?  | SI | NO |



- |  |    |    |
|--|----|----|
| 10. ¿Crees que algunas personas nacen con mucha suerte?                              | SI | NO |
| 11. ¿Has sido culpado por cosas que no has hecho?                                    | SI | NO |
| 12. ¿Vale la pena trabajar duro por algo, aunque las cosas no salgan bien?           | SI | NO |
| 13. ¿Crees que los padres escuchan lo que sus hijos les tienen que decir?            | SI | NO |
| 14. ¿Cuando eres castigado a veces te parece que no hay razón?                       | SI | NO |
| 15. ¿Te parece difícil lograr que tus amigos cambien su manera de pensar?            | SI | NO |
| 16. ¿Crees que es imposible cambiar la forma de pensar de tus padres?                | SI | NO |
| 17. ¿Cuando haces algo malo ya no tiene remedio?                                     | SI | NO |
| 18. ¿La mayoría de las personas nacieron buenas para el deporte?                     | SI | NO |
| 19. ¿La mejor manera de manejar los problemas es dejar de pensar?                    | SI | NO |
| 20. ¿Cuando otra persona de tu edad decide pegarte te es imposible que tu lo evites? | SI | NO |
| 21. ¿Cuando la gente se ha portado mal contigo, tiene razones para hacerlo?          | SI | NO |
| 22. ¿Piensas que lo que hagas hoy tiene que ver con lo que hagas mañana?             | SI | NO |

23. ¿Cuando algo malo va a suceder intentas evi tarlo?	SI	NO
24. ¿Es imposible hacer las cosas a tu manera?	SI	NO
25. ¿Cuando una persona de tu edad quiere ser tu enemigo es imposible que lo evites	SI	NO
26. ¿Son buencs los alimentos que tomas en el Hospital	SI	NO
27. ¿Cuando le caes mal a alguien es imposible evitarlo?	SI	NO
28. ¿Es poco lo que puede hacer en tu labor aca démica porque los otros pacientes son más - inteligentes que tú?	SI	NO
29. ¿Debes planear las cosas para que te salgan bien?	SI	NO
30. ¿Es bueno lo que familia decide hacer?	SI	NO

## ESCALA BREVE DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_

Identificación del paciente: \_\_\_\_\_

Paciente núm.: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Periodo de evaluación: \_\_\_\_\_ Días  
 \_\_\_\_\_ Semanas  
 \_\_\_\_\_ Meses

**INSTRUCCIONES:** Favor de encerrar en un círculo el número que mejor describa la situación actual del paciente.

¡ USE BOLIGRAFO NEGRO !

	AUSENTE	MUY LEVE	LEVE	MODERADA	MODERADA SEVERA	SEVERA	MUY SEVERA
1. INTERES SOMÁTICO. Grado de preocupación en cuanto a la salud. Califique el grado en que la salud es percibida como problema por el paciente, si las molestias tienen fundamento o no.	1	2	3	4	5	6	7
2. ANSIEDAD. Temor, miedo o mucha preocupación por el futuro. Califique según los reportes verbales de las experiencias subjetivas del paciente. No deduzca que hay ansiedad por señales físicas o por el mecanismo de defensa neurótico.	1	2	3	4	5	6	7

	AUSENTE	MUY LEVE	LEVE	MODERADA	MODERADA SEVERA	SEVERA	MUY SEVERA
3. AISLAMIENTO EMOCIONAL. Deficiencia en comunicarse con el entrevistador. Califíquese únicamente el grado en que el paciente da la impresión de fracaso en el contacto emocional con - - otras personas en la situación de la entrevista.	1	2	3	4	5	6	7
4. DESORGANIZACION CONCEPTUAL. Grado - en el que los procesos del pensamien - to están confundidos, desconectados o desorganizados. Califíquese según - la expresión verbal del paciente y - no según la impresión subjetiva de - éste acerca de su propio funciona - miento.	1	2	3	4	5	6	7
5. SENTIMIENTOS DE CULPA. Exceso de - preocupación o remordimiento por com - portamiento pasado. Califíquese según las experiencias subjetivas de culpa - bilidad del paciente confirmadas por reportes verbales de éste, no infie - ra sentimientos de culpabilidad a - partir de depresión, ansiedad o de - fensas neuróticas.	1	2	3	4	5	6	7
6. TENSION. Manifestaciones físicas y motoras de tensión, 'nerviosismo' y aumento del nivel de actividad. La tensión debe calificarse basándose - únicamente en las manifestaciones <u>fi</u> - sicas y en el comportamiento motor y no en la experiencia subjetiva de la tensión reportada por el paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7. MANERISMOS Y POSTURA. Comportamien - to motor no común o raro, el tipo de comportamiento motor que ocasiona que ciertos pacientes mentales destaquen de entre un grupo de personas norma - les. Evalúe solo la anormalidad de - movimientos; no evalúe el aumento de la actividad motora aquí.	1	2	3	4	5	6	7

	AUSENTE	MUY LEVE	LEVE	MODERADA	MODERADA SEVERA	SEVERA	MUY SEVERA
8. GRANDIOSIDAD. Opinión exagerada de sí mismo, convicción de poseer poderes poco usuales. Califique según lo dicho por el paciente en cuanto a su persona o a sí mismo en relación a otros y no en base a su comportamiento en la entrevista.	1	2	3	4	5	6	7
9. ESTADO DEPRESIVO. Desaliento, -tristeza. Evalúe según el desaliento; y no infiera depresión basándose en la lentitud de la actividad y en las quejas somáticas.	1	2	3	4	5	6	7
10. HOSTILIDAD. Animosidad, desprecio, beligerancia, desdén hacia - otras personas fuera de la entrevista. Califique según el reporte verbal de los sentimientos y acciones del paciente hacia otros; no infiera hostilidad por las defensas neuróticas, ansiedad no - quejas somáticas (Califique la actitud hacia el entrevistador bajo 'falta de cooperación').	1	2	3	4	5	6	7
11. RECELO. Creencia (ilusoria o de otro tipo) de que otros, ahora o en el pasado, han tenido sentimientos maliciosos o discriminatorios hacia el paciente. Según el reporte verbal, base su evaluación sólo en las sospechas creídas ahora, ya sea en circunstancias pasadas o presentes.	1	2	3	4	5	6	7
12. COMPORTAMIENTO ALUCINATORIO. Percepciones sin estímulo externo correspondiente. Evalúe solamente - las experiencias que hayan sucedido la semana anterior y que demuestren ser muy diferentes a las ideas e imaginación de una persona normal.	1	2	3	4	5	6	7

	AUSENTE	MUY LEVE	LEVE	MODERADA	MODERADA SEVERA	SEVERA	MUY SEVERA
13. RETRASO MOTOR. Reducción del nivel de energía demostrada según movimientos lentos. Califique según el comportamiento observado por usted, y no por la impresión subjetiva que el paciente dice tener.	1	2	3	4	5	6	7
14. FALTA DE COOPERACION. Evidencia de resistencia, falta de amistad, resentimiento y falta de cooperación con el entrevistador. Califique según la actitud del paciente hacia el entrevistador y la entrevista, no según el comportamiento del paciente fuera de la entrevista.	1	2	3	4	5	6	7
15. PENSAMIENTO EXTRAÑO. Ideas raras, poco comunes o extravagantes. Califique de acuerdo a lo poco común de las ideas, y no al grado de desorganización del pensamiento.	1	2	3	4	5	6	7
16. APLANAMIENTO EFECTIVO. Reducción del tono emocional, falta aparente de sentimientos normales y de participación.	1	2	3	4	5	6	7
17. EXCITACION. Aumento del tono emocional, agitación, aumento de la reactividad.	1	2	3	4	5	6	7
18. DESORIENTACION. Confusión o falta de asociación con personas, lugar u hora.	1	2	3	4	5	6	7

---



---

IMPRESION CLINICA: \_\_\_\_\_

---



---

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alevizos, P., DeRisi, W., Callahan, E., Eckman, T. and Liberman, R.P. (1975). The behavioral observation instrument: A behavioral assessment for - program evaluation. Unpublished Manuscript.
- Alevizos, P. and Callahan, E. (1977). Assessment for psychotic behavior. In R. Ciminero and E. Adams (eds.). Handbook of Behavioral Assessment. John Wiley and Sons, New York.
- Alevizos, P., DeRisi, W., Liberman, R., Eckman, T. and Callahan, E. (1978). The behavioral observation instrument: A method of direct observation for - program evaluation. Journal of Applied Behavior Analysis, 11, 242-257.
- Alexander, F. y Selesnick, S. (1970). Historia de la Psiquiatría. Ed. Espaxs, Barcelona.
- Ayala, H., Chism, K., Cárdenas, G., Rodríguez, M., Cervantes, L. y Caballero, P. (1982). Una alternativa al tratamiento de enfermos mentales crónicos. Salud Mental, 5, 87-93.
- Ayllon, T. and Azrin, N. (1965). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. Journal of Experimental Behavior Analysis, 8, 357-383.
- Bennet, P.S. and Maley, R.F. (1973). Modification of interactive behaviors in - chronic mental patients. Journal of Applied Behavior Analysis, 6, 609-620.
- Boer, A.P. (1968). Application of simple recording system to the analysis of free play in autistic children. Journal of Applied Behavior Analysis, 1, - 335-340.
- Bockoven, I.S. (1963). Moral Treatment in American Psychiatry. Springer, New York.
- Caballero, S.P., Cervantes, G.L. y Rodríguez, B.M. (1981). Un modelo de reeducación para pacientes mentales crónicos hospitalizados. Tesis Profesional, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Callahan, E., Alevizos, P., Teigen, T., Neuman, H. and Campbell, M. (1978). Behavioral effects of reducing the daily frequency of phenothiazine administration. Archives General of Psychiatry, in press.
- Cataldo, M. and Risley, T. (1974). Evaluation of living environments: The manifest description of ward activities. In P.O. Davison, F.W. Clark and L.A. Hamerlynck. (eds.). Evaluation of Behavioral Programs in Community Residential and School Settings. Research Press, New York.
- Cronbach, L.J. and Glesser, G.C. (1965). Psychological Tests and Personal Desi - cions. Urbana, University Press.

- De la Parra, A., De la Fuente, R. y Gómez-Mont, F. (1982). Un análisis multivariado del BPRS en los pacientes del censo de pacientes psiquiátricos - hospitalizados en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Salud Mental, en prensa.
- De la Parra, A., Escobar, O. y Rubio, S. (1983). Características psicosociales de pacientes crónicos hospitalizados. Salud Pública, 25, 161-172.
- Derogatis, L. Lipman, R. and Covi, L. (1970). Dimensions of out-patients neurotic pathology: Comparison of clinical vs. an empirical assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34, 35-42.
- Doke, L. and Risley, T. (1972). The organization of adycare environments required vs. optional activities. Journal of Applied Behavior Analysis, 5, -405-421.
- Eitzen, D.E. (1974). Impact of behavior modification techniques on locus of control of delinquent boys. Psychological Reports, 35, 1317-1318.
- Ellsworth, R.B. (1968). Nonprofessional in Psychiatric Rehabilitation: The Psychiatric Aide and the Schizophrenic patients. Appleton Century-Croffts, New York.
- Erikson, R.C. (1975). Outcome studies in mental hospitals: A review. Psychological Bulletin, 78, 447-456.
- Glesse, G.C. (1987). Psychometric contributions in the assessment of patients. In D. Efron (ed.). Psychopharmacology Review of Progress, 1957-1967. Washington, C.D., Government Printing Office.
- Gómez-Mont, F. (1982). La investigación informatica del Instituto Mexicano de - Psiquiatría. Trabajo presentado en la 1ª Reunión sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.
- Gripp, R. and Magaro, D. (1971). A token economy program evaluation with untreated ward comparisons. Behaviour Research and Therapy, 9, 137-149.
- Gripp, R. and Magaro, D. (1976). Milieu Therapy in the psychiatric hospital: Deaht due to cultural exposure. In P.A. Magaro (ed.). The Construction of Madness. Pergamon Press, London.
- Gruenberg, E.M. (1967). The social breakdown syndrome some origins. American - Journal of Psychiatric, 123, 12-20.
- Goffman, E. (1961). Asylums. Garden City, New York.
- Gurel, L. (1966). Release and community stay criteria in evaluation treatment. In P. Hoch and J. Zubin (eds.). Psychopatology of Schizophrenia. Grune Stratton, New York.



- Hartmatz, M., Mendelson, R. and Glassman, M. (1973). Behavioral observation in the study of schizophrenia. Paper read to the Annual Meeting of the American Psychological Association, Montreal, Canada.
- Hassall, C., Spencer, A. and Cross, H. (1975). Dome changes in the composition of a mental hospital. British Journal of Psychiatry, 11, 420-428.
- Honigfeld, G., Gillis, R. and Klett, C. (1966). NOSIE-30: A treatment sensitive ward behavior scale. Psychological Reports, 19, 180-187.
- Hunter, E., Schooler, C. and Sphon, H. (1962). The measurement of characteristics patterns of ward behavior in chronic schizophrenics. Journal Of Consulting Psychology, 26, 69-73.
- Ittelson, W., Proshansky, H. and Rivlin, L. (1970). The environmental psychology of the psychiatric ward. In H. Proshansky, W. Ittelson and L. Rivlin (eds). Environmental Psychology: Man and his Physical Settings. Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Jones, R., Reid, J. and Patterson, R. (1975). Naturalistic observation in clinical assessment. In P. McReynolds (ed.). Advances in Psychological Assessment, Vol.3, Josey-Bass, Inc.
- Kazdin, A. (1980). Research Designs in Clinical Psychology. Harper and Row Publishers, New York.
- Kazdin, A., Bellack, A. and Hersen, M. (1980). New Perspectives in Abnormal Psychology. Oxford University Press, New York.
- Kramer, M., Pollack, E. and Rednick, R. (1961). Studies of the incidence and prevalence of hospitals disorders in the United States: Current status and future goals. In P. Hoch and J. Zubin (eds.). Comparative Epidemiology of the Mental Disorders. Grune and Stratton, New York.
- Lartige, M. (1982). Primero, segundo y tercer informes de la intervención en el hospital psiquiátrico de Orizaba, Ver. Dirección General de Asistencia en el Estado de Veracruz.
- Lau, R. (1982). Origins of health locus of control beliefs. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 322-334.
- Lau, R. and Ware, J. (1982). Refinements in the measurement of health-specific-of-control beliefs, Medical Care, 29, 1147-1158.
- Lefcourt, H. (1976). Locus of Control: Current Trends in Theory and Research. Halstead, New York.
- Lefcourt, H. (1981). Research with the Locus of Control Construct, Vol. 1, Assessment Methods. Academic Press, New York.

- Lefcourt, H., Miller, R., Ware, E. and Schenk, D. (1981). Locus of control as a modifier relationship between stressors and moods. Journal of Personality and Social Psychology, 41, 357-369.
- Lentz, R. and Paul, G. (1971). "Routine" vs. "therapeutic" transfer of chronic mental patients. Archives of General Psychiatry, 25, 187-191.
- Lentz, R., Paul, G. and Calhoun, T. (1971). Reability and validity of the three measures of functioning with "hard core" chronic mental patients. Journal of Abnormal Psychology, 78, 69-76.
- Lesyk, J. (1962). Effects of intensive operant conditioning on belief in personal control in schizophrenic women. Disertation Abstracts, Section B.
- Lorr, M. and Klett, M. (1966). Inpatient multidimensional psychiatric scale. Consulting Psychology Press, Palo Alto, Cal.
- Mariotto, M. and Paul, G. (1974). A multi-method validation of the inpatient - multidimensional psychiatric scale with chronically institutionalized patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 497-508.
- Milby, J., Pendergrass, P. and Clarke, R. (1975). Token economy vs. control ward a comparison of staff and patient attitudes toward environment. Behavior Therapy, 6, 22-30.
- Moos, R. and Houts, P. (1968). Assessment of the social atmospheres of psychiatric ward. Journal of Abnormal Psychology, 73, 592-604.
- Moos, R. (1974 a). Evaluating Treatment Environments: A Social Ecological Approach. Wiley, New York.
- Moos, R. (1975). Evaluating Correctional and Community Settings. Wiley and Sons, New York.
- Myers, K. and Clark, D. (1972). Results in a therapeutic community. British Journal of Psychiatry, 120, 51-58.
- Neale, J., Oltmanns, T. and Winters, K. (1983). Recent development in the assessment and conceptualization of schizophrenia. Behavioral Assessment, 5 - 33-54.
- Nowiki, S. and Duke, R. (1972). A Locus of Control scale for adults: An alternative to the Rotter. Unpublished Paper, Emory University.
- Overall, J. and Gorham, D. (1962). The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports, 10, 799-812.
- Paul, G. (1969 a). Chronic mental patients: Current status-future directions. Psychological Bulletin, 71, 81-94.

- Paul, G. (1969 b). Behavior modification research: Designs and tactics. In C. M. Franks (ed.). Behavior Therapy: Appraisal and Status. McGraw-Hill, New York.
- Paul, G. (1974). Experimental behavior approaches to schizophrenia. In R. Canro, N. Fox and L. Shapiro (eds.). Strategic Intervention in Schizophrenia: Current developments in treatment. Behavioral Publications, New York.
- Paul, G. and Lentz, R. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients. Harvard University Press, Cambridge.
- Phillips, E.L., Phillips, E.A., Fixsen, D.L., and Wolf, M.M. (1974). The Teaching Family Handbook. Kansas University Press.
- Pucheu, C. (1981). Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental. Salud Mental, 4, 4-12.
- Pulido, A. y Krasoievitch, M. (1982). Situación asistencial y factores de hospitalización prolongada en una población de enfermos mentales. Salud Mental, 5, 8-13.
- Puente, F. (1982). Terapias de mantenimiento en pacientes esquizofrénicos. Trabajo presentado en la 1ª Reunión sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.
- Quiroga, H. (1982). La rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado: Descripción, resultados y perspectivas. Trabajo presentado en la 1ª Reunión sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.
- Quiroga, H., Rodríguez, M., Cárdenas, G., Vite, A., Mata, A., Molina, J. y Ayala, H. (1986). Programas de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México: Descripción, resultados y perspectivas. Revista Mexicana de Psicología, 3, 44-58.
- Quiroga, H., Rodríguez, M., Vite, A., Cárdenas, G. y Mata, A. (1987). La Salud Tlazolteotl: Un programa conductual para el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos hospitalizados. Reporte. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Rodríguez, A.C. (1980). El quehacer psiquiátrico mexicano. En F. Basaglia, D. Cooper, M. Elkan, F. Gutierrez, M. Langer y C. Monsivais (eds.). Anti-psiquiatría y Política. Ed. Extemporaneos, México, D.F.
- Rodríguez, M.E., Galindo, J., Valderrama, P., Ayala, H., Puente, F. y Ville, F. (1981). Comparación de los efectos de los diferentes tratamientos aplicados a pacientes psiquiátricos hospitalizados: Una evaluación conductual. Trabajo presentado en el I Simposium Internacional de Análisis Conductual Aplicado a la Educación, México, D.F.

- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal vs. external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied, 80.
- Rotter, G. (1975) Some problems and misconceptions to the construct of internal vs. external control of reinforcement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 56-67.
- Roheim, G. (1955). Magie and Schizophrenia. International Universities Press, New York.
- Rosenham, D.L. (1973). On being sane in insane places. Science, 179, 250-258.
- Ryan, P. (1982). Un programa experimental psicosocial para pacientes hospitalizados. Trabajo presentado en la 1ª Reunión sobre Investigación y - Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D.F.
- Ryan, P. (1983). Un programa experimental psicosocial para pacientes agudos. Salud Mental, 6, 74-79.
- Shaefer, H. and Martin, P. (1966). Behavior therapy for hospitalized schizo - phrenics. Psychological Reports, 19, 1147-1158.
- Scheck, J. (1960). History of Psychiatric. Charles c. Thomas, Springfield, Ill.
- Schwartz, J. and Bellack, A. (1975). A comparison of a token economy with standar inpatient treatment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 107-109.
- Strickland, B.R. (1978). Internal-external expectacies and health related behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1192-1211.
- Talbott, J.A. (1978). The Death of the Asylums. Grune and Stratton, New York.
- Taube, A.C. and Meyer, N.G. (1975). Children and state mental hospitals. Statistical Note 115. National Institute of Mental Health, Division of Biometry, Survey and Reports Branch, April.
- Ullmann, L.P. (1967). Institutions and outcomes: A comparative study of psy - chiatric hospitals. Pergamon Press, New York.
- Valencia, M. (1984). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos. Reporte Interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Valencia, M. (1985). Evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales: Su importancia en el campo de la salud mental. Salud Mental, 8, 29-38.
- Valencia, M. (1986). Formulación de principios para el tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico hospitalizado. Revista Mexicana de Psicología, 3, 37-43.

- Vite, S.A. y Cárdenas, L.G. (1983). Terapia Milieu: Reporte Anual de Progreso. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Wallace, C. (1976). Assessment of psychotic behavior. In M. Hersen and A. Black (eds.). Behavioral Assessment: A Practical Handbook. Pergamon Press, New York.
- Wilson, F.E. and Evans, J.M. (1983). The reliability of the target-behavior selection in behavioral assessment. Behavioral Assessment, 5, 15-33.
- Wing, J.K. and Brown, G.W. (1970). Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals. Cambridge University Press, Cambridge.
- Zilboorg, A. and Henry, G.W. (1941). A History of Medical Psychology. Norton and Co., Inc., New York.
- Zusman, J. (1966). Some explications of the changing appearance of psychotic patients. In E.M. Greunberg (ed.). Evaluating the Effectiveness of Community Mental Health Services. Milkbank, New York.