

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
ESCUELA DE PSICOLOGIA

205 T.
Sr. CALVA

"APLICACION DE LOS PRINCIPIOS DE LA METODOLOGIA
OPERANTE, EN UN CASO DE ANOREXIA".

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta

ELIA MORALES NAPOLES.

MEXICO 1971.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Z. 5053.08

UNDM. 23

1971

EJ. 1

M 161022

Apr. 194

A LA MEMORIA DE MI
MADRE Y HERMANA

A MI PADRE
POR TODOS SUS ESFUERZOS

A MI HERMANO
EN RECONOCIMIENTO A SU
ESTIMULO Y EJEMPLO.

quiero hacer constar mi reconocimiento a todas las personas que - en forma directa o indirecta, hicieron posible la realización del presente trabajo.

A la maestra Elia Garza Ruiz, .
Sra. Ofelia B. vda. de Vigil y
Ma. del Carmen L. de Morales

Principalmente al
Psic. Jorge Molina por su supervisión y apoyo y finalmente a
Lloyd E. Homme, por la facilitación de Material.

I N D I C E :

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANTECEDENTES:

- 1).- NORMALIDAD
- 2).- MODELO MEDICO Y PSICOLOGICO
- 3).- ANOREXIA
- 4).- CONDUCTA RESPONDIENTE Y OPERANTE.

CAPITULO II

ASPECTO TEORICO Y CASO PRACTICO.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

La Conducta siempre ha sido objeto de estudio, discusión y clasificación, sin embargo, pocas veces ha sido sometida a experimentación, es decir, que hayan sido aisladas y manipuladas las variables de las que es función.

En general a toda persona se le atribuyen ciertas características de comportamiento, a través de las cuales se le encuadra dentro de patrones específicos, -- determinados por la cultura. Lo anterior se refiere a la conducta "anormal o patológica", relacionada al tiempo, lugar y variables existentes en el momento en que se presenta; no obstante a lo esperado, el denominar o clasificar la conducta, no nos lleva a una forma eficaz de manejo.

Hasta hace unos años el "enfermo mental" era considerado como una persona que padecía de alteraciones de conducta debido al mal funcionamiento de estructuras -- "hipotéticas" en las que se encontraba la principal -- causa de su "extraño" comportamiento; debido a ello era necesario centrarse en el tratamiento de tales estructuras para poder lograr un cambio conductual, en el paciente. Teniendo éste que llenar una serie de requisitos (inteligencia, edad, etc.) y diagnóstico para poder ser sometido a "terapia". Por tanto, este enfoque

viene a limitar el campo de su aplicación.

Hemos de hacer notar, que los avances logrados por la Ciencia de la Conducta, en el campo experimental, nos ha llevado a una forma mas eficaz de rehabilitar al "enfermo Mental" e incorporarlo nuevamente a su medio (Bachrach, Erwin y Mohr, 1965, Bijou 1965, -- Ayllon y Azrin, --, Risley y Wolf 1964, Wolf, -- Risley y Mees 1964, Isaacs, Thomas y Goldiamond -- 1960, Krasner y Ullmann 1965, Ullmann y Krasner 1965) puesto que el objeto de estudio, es la conducta en sí misma, mas que lo que se dice de ella, lo que debemos hacer es encontrar las leyes que la gobiernan.

"Una respuesta final al problema de las leyes a las que obedece la conducta, tiene que buscarse, no en los límites de algún mecanismo hipotético dentro del organismo, sino en nuestra capacidad para demostrar el sometimiento a las leyes de la conducta del organismo como un todo" B. F. Skinner 1953.)

Por lo ya mencionado, decidimos utilizar un enfoque conductual en el presente trabajo, utilizando el principio de Premack 1959.

La sujeto que se utilizó en este caso, fué una pacien-

te psiquiátrica de 72 años de edad con diagnóstico de "psicosis involutiva depresiva", siendo el pronóstico "sombrio"; hospitalizada durante trece años.

El síntoma mas relevante que presentaba era una anorexia, que había persistido por mas de trece años. La paciente a más de permanecer todo el día cubierta de pies a cabeza con batas y toallas no emitía conducta verbal (mutismo). Lo anterior fué lo que nos facilitó el acceso a la "paciente" y su tratamiento, en tanto, que era considerada como un caso inutil y refractario a cualquier tipo de "terapia" (psicoanalíticamente orientada, individual y de grupo).

En el presente trabajo hablaremos de la aplicación de la metodología operante estableciendo, en forma especial, el aspecto teórico aunado al práctico, es decir, el primer capítulo tratará de los antecedentes generales del enfoque conductual; de lo que se ha entendido por normalidad y anormalidad, el mode-

lo médico y psicológico, conceptos de anorexia y manejo de casos similares al aquí presentados.

En el segundo capítulo se establecerá, por una parte, cuales son los pasos a seguir en un enfoque conductual desde el punto de vista teórico y por otro, el aspecto práctico que llevamos a cabo. Estructuramos este trabajo en tal forma, para evitar presentar los aspectos teóricos y prácticos en capítulos separados, ya que ello contribuye a que se pierda la relación entre si, en tanto sea difícil identificar los principios teóricos, en la práctica.

El tercer capítulo, constará de los resultados obtenidos, discusión de los mismos y finalmente unas conclusiones.

Considero que la aplicación de una metodología operante no se circunscribe a la aplicación de casos individuales de tipo clínico, sino que puede abarcar otros campos y progresar en otras áreas como la Educativa y principalmente la Social.

CAPITULO I

ANTECEDENTES.

Desde hace varios años, se han venido intentando diversas definiciones para determinar las conductas "normales y anormales".

En el presente trabajo, solamente mencionaremos algunas de ellas.

DEFINICION SUBJETIVA.-

Esta definición engloba dos factores: el Cultural y el de madurez, teniendo como características -- básica, la subjetividad. Siguiendo el bosquejo -- del factor cultura, se establece que cada sujeto, de acuerdo con su juicio, conocimiento y fundamentalmente su marco de valores, determina lo que es "normal y anormal", es decir, lo mas conspicuo es el concepto de sí mismo. Todo lo que se asemeje a lo pensado por el sujeto suponese como normal, -- tomándolo como tal, y lo que parece "raro", "extraño o absurdo" es "anormal".

En lo concerniente al factor de madurez, Herbert Carroll (1968).

Señala: "La madurez social se relaciona estrechamente con lo emocional, un individuo socialmente maduro, entiende las relaciones sociales, sabe adaptarse a los demás conoce lo que de él - espera la sociedad y se adapta; tal vez el factor más importante para la madurez es el emocional. Una persona madura emocionalmente, es la - que razona de un modo mas objetivo con respecto a si mismo".

Como una respuesta a la necesidad de resolver el problema de "anormalidad- normalidad;" emerge la - definición Estadística.

DEFINICION ESTADISTICA.-

Considera que lo anormal, es la desviación de las Normas o Promedios, localizados en la zona central de una curva; por lo que una conducta está determinada por la frecuencia de ocurrencia en una población.

Esta clasificación resulta útil en campos de la sociología y economía, etc., no obstante aplicado al concepto de conducta "anormal", hasta cierto punto carece de validez.

CRITERIO DE TESTS MENTALES.-

También se ha tomado como punto de apoyo, los resultados obtenidos de la aplicación de tests mentales, los que han de estar sometidos a estandarización, utilizando el método estadístico, para poder establecer validez y confiabilidad de sus resultados.

CRITERIO DE DEFINICION DE ADAPTACION SOCIAL.-

Señala que la anormalidad de un sujeto se basa en su capacidad para adaptarse a su medio ambiente, con un repertorio amplio y específico de respuestas que pueda emitir en situaciones a sí mismo específicas.

En realidad lo que se trata de encuadrar dentro del término "normalidad", son ciertas conductas que se encuentran fuera del control de un determinado grupo que en un momento dado son perjudiciales, tanto para el sujeto, como para su grupo social". (Davila 1963)

"Generalmente, se clasifica la conducta de un sujeto como "buena o correcta". Si refuerza a los demás miembros de su grupo y como mala o equivocada si les resulta aversiva" (Skinner 1953).

Con respecto a la anormalidad Ullmann y Krasner (1969) opinan que; es la clase de desviación clasificada y sancionada por la atención profesional de Psicólogos, clínicos psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, lo anterior varía de lugar a lugar, época a época y de persona a persona. Hay que tomar en cuenta, no solo, la conducta, si no además el contexto en que se da es decir, la conducta a que pertenece, puesto que el concepto de anormalidad, va a variar dependiendo de los actos, y de la circunstancia en que se presenten; afirmando que al definir la anormalidad como lo que está expuesto a tratamiento psiquiátrico o lo que "subjetivamente" una persona se diga, de sentirse infeliz, enferma mental o que necesite ayuda; se puede mencionar que en muchos casos una persona no está sometida a tratamiento psiquiátrico y es determinada como anormal, por lo que respecta al segundo caso, se utilizan terminos que es difícil identificar en forma objetiva; en la misma forma, se considera que el llamar a una conducta anormal representa un juicio de valor ya que esa conducta es aprendida, mantenida y alterada de la misma manera que la normal, la cual puede verse como una adaptación resultante de una historia personal de reformamiento. Que conductas pueden ser --

deseables, que contingencias de reforzamiento existen y que contingencias de reforzamiento - deben ser manejadas, para incrementar la probabilidad de la conducta alternativa.

La emisión de un acto llamado normal, implica tentativas de estímulo correcto y la presencia de la respuesta hábil en el repertorio del sujeto y el reforzamiento adecuado para la emisión de la conducta socialmente esperada, las dificultades pueden desarrollarse en cada uno de esos - pasos y guiar a la conducta a lo que es dado en llamar desviación, alteración, o anormalidad.

Se ha señalado que, "Los profesionales pueden entender, describir, medir, predecir y alterar las conductas llamadas anormales mas efectivamente, sin el concepto de anormalidad que con este". -- (Ullmann y Krasnr 1969).

Considero que la conducta en general está sometida a criterios establecidos por grupos sociales, los cuales en última instancia, obedecen a estructuras socio-económicas y políticas determinadas, es decir, la conducta humana será clasificada como normal, si se acopla a intereses ya preestablecidos.

MODELO MEDICO.-

Desde hace varios años, se ha venido tratando a la conducta humana bajo ciertos patrones, que más que trabajar con ella, la clasifican.

Como modelo médico se da a entender que la conducta de un sujeto considerado anormal o enfermo es debida a una causa interior; a una fisiopatología específica que produce determinada entidad clínica definida o síndrome que implica una pérdida de la homeostasis o sea, del equilibrio dinámico que rige todo el organismo fisiológicamente sano.

"Esta conceptualización parte de una analogía hecha por la medicina, en la que se acepta que agentes extraños al funcionamiento normal del organismo llegan a producir síntomas que son indicadores de alguna enfermedad" (Ullmann y Krasner 1965).

Se ha tratado de comparar dos fenómenos diferentes, la conducta desadaptada y la enfermedad, considerando a la conducta como un síntoma.

En general las características principales del modelo médico son: que el terapeuta busca una causa fundamental interna, por lo cual, la conducta sólo es su manifestación, siendo el tratamiento, indirecto en tanto

no se maneja en sí, puesto que se considera que el eliminar el síntoma no elimina la causa de la enfermedad mental, la cual seguirá presentandose en diferentes formas (substitución de síntomas)

Este modelo tiende hacia la restructuración de la "personalidad", el tratamiento está encaminado a la búsqueda y logro del "Insight", el cual puede tomarse como una condición terapéutica.

Se hace mucho énfasis, en la historia personal -- sujeto, debido a que los problemas presentados -- son consecuencia de traumas, fijaciones, etc. -- experimentadas en el pasado.

EL MODELO PSICOLOGICO.-

Considera a la "enfermedad mental" como conducta regida por los mismos principios que la conducta normal; que ambas son aprendidas y de manejo directo, es decir, la conducta desadaptada no es considerada como enfermedad. Dentro de este modelo, se establece como meta la conducta blanco que previamente sea determinada.

La historia personal, tendrá importancia en tanto - tenga relación directa con la conducta, no obstante,

carece de la importancia que logra en la terapia evocativa, Por lo anterior, hemos de señalar el énfasis que este enfoque da a las relaciones mediante la función del organismo - medioambiente encontrándose en éste las consecuencias que mantienen una conducta.

ANOREXIA.-

Dentro de las clasificaciones psiquiátricas de las "enfermedades mentales" -neurosis- psiconeurosis- y psicosis, se ha venido colocando como una característica de ellas a la anorexia, señalando, que se presenta tanto en depresiones intensas e histéricas, como en psicosis involutivas. En relación a las clasificaciones psiquiátricas diremos, que son tan amplias que pueden encuadrar a dos personas que presenten conductas completamente diferentes (Ullmann y Krasner 1969).

De lo anterior se afirma que: "podemos utilizar varias palabras para determinar o nombrar a las psicosis o neurosis, pero en psiquiatría se usan las mismas para identificar diferentes cosas" (K. Meninger 1959).

Se habla de anorexia como una señal de que existe algún trastorno y en muchos casos como síntoma de gravedad: De acuerdo a explicaciones médicas se hace

mención a una patología hormonal definida, así como desordenes de tipo gastrointestinales, ya sea que se presente en forma de colítis, gastritis, diarrea crónica y otros problemas digestivos de asimilación y eliminación, así como una gran pérdida del apetito. Ullmann y Krasner 1969(Mencionandose, a su vez que el síntoma característico de la anorexia nerviosa, es una persistente falta de apetito o mas bién asco hacia la comida, con vómito si se fuerza su ingestión, señálase que es posible confundirla con la enfermedad de Simmonds, que resulta de la insuficiencia del lóbulo anterior de la hipófisis o con la neurosis hipofisiaria aguda de Sheehan que se presenta en el embarazo o después del parto, determinada -- como un síntoma hasta cierto punto defensivo.

La anorexia se ha clasificado en dos tipos:

- 1).- Anorexia de tipo organico
- 2).- Anorexia de naturaleza psíquica.

La primera como una disfunción de los procesos digestivos, que se presenta en padecimientos como la anemia y cancer y la mayoría de los procesos infecciosos. Se habla de la segunda, cuando aparece como asco hacia la comida, acompañada de nauseas y vómitos (Davila 1963).

Se dice también de ella que es un síntoma conversivo de tipo histérico aunque se presenta asociado con colítis. Dentro del enfoque psicoanalítico, - se expone que en muchas ocasiones esas alteraciones pueden deberse a una perturbación primaria del desarrollo mental que fija al "yo" en la fase "oral" y que en un momento la anorexia constituye el equivalente de una depresión. Referida a la esquisofrenia se interpreta, como un rechazo a la comida como parte del medio ambiente con el cual se trata de romper (Noyes 1961 y Fenichquel.)

Finalmente Bliss y Branch investigaron 22 casos de Anorexia nerviosa, determinandola, como "una desnutrición, debido a una dieta deficiente, en la cual la restricción de calorías es enteramente psicológico, que puede rehusar a comer o vomitarlo.

ANTECEDENTES DEL CASO.-

Desgraciadamente el conocimiento que tenemos acerca de casos de Anorexia tratados con una aproximación conductual, son escasos, señalaremos a Lang J. Peter (1965) que por medio de desensibilización sistemática, haciendo una conducta incompatible con otra; lograron realizar un trabajo similar en niños. Utilizando la misma técnica Hallsten (1965) trató anorexia nerviosa en adolescentes, en 1965 Bachrach, Ewin y Mhor, realizaron un trabajo en anorexia nerviosa similar aquí -- presentado

utilizando el modelo operante descrito por Goldiamond que trataremos de esquematizar de la siguiente - - manera.

CONTROL DE ESTIMULOS: Sv (variable condición)
Sd - S (discriminativo)
R - Respuesta - Sr - So
SSc (estímulo constante)

Siendo:

SV-estados variables - necesidades, deprivación - Musica, lectura, motivación Contacto social

Sds - Estímulos discriminativos Sd- Internos-el compañero sobre los que se medirá de comida, platos, tenedores

la conducta

Sds-Temporales- una hora fija para comer

Sd- Externos- despertador mantel morado

SSc- Estímulo constante - El cuarto del hospital, los muebles, cuadros, etc. (SSc externo es variable)

R - Respuesta - comer (aumentar de peso)

Sr- So Reforzamiento diferencial - Consecuencia; discos, T.V. Contacto social.

So- No reforzar

Sa- Estímulo aversivo- desaprobación (verla)

Srs- reforzadores (generalización) paseos, comer en restaurante, elegir su propio menú, elegir a l

personas con quién comer aprobación verbal y refuerzo social.

Por lo anterior se ve el establecimiento de un control de estímulos, bajo el cual va a estar sometida la respuesta del sujeto. Estudios como el anterior nos ha permitido observar, como es posible el manejo de conductas concretas y específicas de manera directa.

El interés del estudio de la conducta, es el de buscar un orden y encontrar sus relaciones funcionales "La ciencia comienza con la afirmación básica de que los fenómenos de la naturaleza (incluyendo la conducta) son ordenados y están sujetos a leyes y el objetivo del científico es buscar el orden y la semejanza" (Bachrach 1966.); por lo cual no se considera a la conducta como caprichosa o fortuita, existen hechos y circunstancias que la producen, mantienen o extinguen, es decir, se establece control sobre ella.

La ciencia es algo más que una mera descripción de los acontecimientos, es el descubrir un orden y demostrar que algunos hechos tienen entre sí relaciones válidas. Varios autores como Skinner Bachrach y Sidman entre otros, señalan que el formular teorías presenta el problema de tratar de probarlas, más que investigar

los hechos, los cuales por medio de la observación manejo y registro objetivo hacen posible la experimentación; manipulando las variables que intervienen en la producción de un fenómeno determinado - En este caso la conducta- Estableciendo las relaciones funcionales entre una respuesta y las variables independientes, buscando cada vez leyes mas generales, que lleven al control y predicción de la conducta.

Finalmente haremos breve mención de los dos metodos de investigación, que Bachrach expone, mencionando primeramente, el Teórico Formal, caracterizado por una técnica de observación, el planteamiento de una Hipótesis, su comprobación por medio de la experimentación cuyos resultados permitirán la elaboración de una teoría.

El segundo, determina que los datos son los que forman el contenido de la ciencia y no las hipótesis, se considera que solo se necesita experimentar, manejando las variables, ordenar los datos, ver las relaciones funcionales y establecer leyes.

En general las diferencias presentadas entre éstos dos métodos son; el Teórico - formal, determina hipótesis negativas, lo que no funciona dentro del Teórico - informales el que se considera que cualquier resulta-

do de una hipótesis, puede ser usado para posteriores investigaciones. En el método Teórico informal se investigan casos individuales, y no numéricos, ya que en estos sería necesario el uso de la estadística para obtener una muestra representativa, por lo anterior se habla que el individuo se pierde dentro de un grupo; por otra parte los datos obtenidos no eran exactos en la medida en que son la característica de grupos numéricos y no de la conducta individual específica, de Skinner se comenta que la poca simpatía que el muestra por el grado de confianza de la estadística. " deriva del interés que tiene por la conducta del individuo, este interés exige un método experimental diferente al empleado generalmente en psicología (Sidman Verplanck Analysis or Skinner Contemporary Psychology I, 1956), no obstante Bachrach menciona lo siguiente; " No despreciamos la estadística sino la consideramos como una herramienta muy útil pero no más de lo que puede ser una técnica que controle algunos hechos" Bachrach 1966), otro de los problemas que se abordan, dentro de este enfoque, es el que trata de la falta de objetividad y multiplicidad de significados de los terminos utilizados. Por lo tanto se manejan terminos

operacionales en las definiciones, es decir, que implican las descripciones de estímulos y de respuestas en términos de las operaciones realizadas estas definiciones describen de una manera más -- efectiva, objetiva y minuciosa que los términos -- utilizados con anterioridad en psicología, en tanto la naturaleza del lenguaje puede impedir una -- perfecta operatividad y claridad (Bachrach 1966).

CONDUCTA OPERANTE Y RESPONDIENTE.

La conducta ha sido descrita como "cualquier movimiento observable" " y/o medible de un organismo -- incluyendo los movimientos internos y los efectos de las secreciones glandulares" (REESR E.P. 1956) por lo citado, podemos establecer la diferencia -- entre varias conductas, como el parpadear ante un soplo, dilatación de la pupila ante la luz, contracción del músculo erector del folículo piloso -- (carne de gallina) ante una corriente de aire frío etc., y las de llamar la atención, de aprender un idioma, el grado de un color, el vestir de determinada manera, etc. Las primeras pertenecen a un grupo de conductas llamadas respondientes o reflejas que están determinadas por la provocación de -- una respuesta directa y específica al estímulo que la provoca; dentro de la producción de estas respuestas, intervienen los músculos lisos y/o las glándulas (Holland y Skinner). Las segundas se denominan

operantes o voluntarias y son todos aquellos movimientos, que tienen algún efecto sobre el medio -- ambiente. Esta conducta no es el producto de estímulos específicos que la provoquen, como la respondiente, sino que es el resultado de una serie de -- consecuencias que han seguido a una respuesta, la ha mantenido y que obtiene su valor a través de varias repeticiones.

Las conductas respondientes o reflejas, siguen un procedimiento llamado condicionamiento clásico, -- respondiente o pavloviano; debido a los estudios -- que sobre el reflejo condicionado realizó el físiologo ruso I. V. Pavlov, estableciendo que si "se -- aparean varias veces un estímulo neutro, con un estímulo provocador, el estímulo previamente neutro llegará a evocar la misma clase de respuestas que -- el provocador. "(Keller 1965)" en este proceso el estímulo condicionado, precede a la respuesta y las consecuencias de la respuesta no afecta para que -- éstas sean provocadas.

Podemos hablar, que el condicionamiento operante, es el proceso por el cual la frecuencia de una respuesta es modificada por sus consecuencias, teniendo como -- base, uno de los principios del aprendizaje enunciado

por Thordike, La Ley del Efecto, la cual señala que "La fuerza de un acto puede ser modificada - por sus consecuencias" (Keller 1965 - Hilgard 1966) Podemos concluir que el condicionamiento operante es un método, por medio del cual se observan y manejan las relaciones existentes entre el medio ambiente y las respuestas de los organismos por medio de las contingencias que las controlan. Se encuadra un conjunto de definiciones que describen objetivamente la conducta y el medio ambiente de los organismos, una serie de técnicas de laboratorio que -- dan como resultado, un conjunto de hechos y principios demostrados experimentalmente (Reynolds 1968).

CAPITULO II

En el presente capítulo, se presentarán los principios fundamentales de la metodología operante en su forma teórica y a su vez se explicará la manera en que fueron utilizados en el presente trabajo.

Dentro del análisis conductural aplicado, se siguen ciertos pasos, para el cambio conductual, haciendo hincapié, que el objeto de esta metodología va a ser la CONDUCTA, es decir, cualquier actividad que ejecute el organismo, (Reynold 1969), la que ha de estar determinada en forma clara y objetiva.

PRIMER PASO.- El primer paso a seguir, es definir la conducta a tratar, de tal forma, que diferentes personas puedan referirse a ella sin ambigüedades, esto es, por las actividades que lleve a cabo el individuo y en ocasiones por su ausencia, por ejemplo agresividad, definiendola como golpear, con los puños y pies a otras personas o cosas, escupir, morder. Mutismo como ausencia de sonidos guturales, formando palabras, frases u oraciones.

A continuación haremos una descripción de los antecedentes del caso, pasando posteriormente a su especificación.

SUJETO: Paciente del sexo femenino de 72 años de edad. Internada en el Sanatorio -- Psiquiátrico donde se llevo a cabo -- este trabajo en 1956, contando 13 años de hospitalización, variando en las -- clasificaciones psiquiatricas. que se le otorgaron.

Diagnosticandose en 1957, como "retraída en período senil", pobre horizonte de aspiraciones, con una previa personalidad de carácter esquizoide", con un diagnóstico final de "psicosis" "involuntiva depresiva"; el tratamiento a la que fué sometida fué mafeptil 16mg. al día, Artane 5mg. tres veces al día.

PRONOSTICO.- "Pobre, ausencia total de estímulos -- que pudiera ella misma encontrar, mu-- tista, negativista ocasional", (expediente e historia clínica). En 1966 se diagnosticó Leucemia Linfocítica crónica. (Expediente e historia clínica) En 1968, antes del tratamiento experimental se diagnosticó "esquizofrenia -

indiferenciada catatónica, hay seguramente alucinaciones y delirio mental, existe mutismo".

TRATAMIENTO.- Majeptil 15 gotas al día. Artane 5 mg. tres veces al día; Complejo B, dos veces (al realizar este trabajo el sujeto, tomaba solamente complejo B, con dificultades, ya que no se dejaba inyectar ni ingería otras medicinas o medicamentos, estando en esta situación, durante un año.

Lo que nos sirve de referencia, para controlar la variable, de este tipo que pudiera interferir o diera lugar a cambios posteriores.

La "paciente" se encontraba en el pabellón denominado de "crónicos", ocupaba una cama junto a cuatro sujetos cuya característica en común era la edad semejante a la de la "paciente".

Como anteriormente se apuntó, el primer paso a seguir es el definir la(s) conducta(s). Se realizó un período de observación-pre-registro- en el que se presentaron una serie de conductas "inadecuadas", las cuales definiremos de la manera más clara y objetiva posible:

- a) Cubrirse totalmente.- Tapada de cabeza a tobillos, con diferentes prendas, batas, toallas, etc.
- b) Anorexia.- Baja frecuencia de ingerir alimentos.
- c) Autismo.- Baja frecuencia de contacto social. No --

hablaba a otras personas, golpeaba con mano abierta, pelliscaba, arañaba, cuando se le tocaba y temblaba al ponerle la mano en el hombro. Hacia muecas cuando se le preguntaba algo, lo anterior se definió como "conducta agresiva".

- d) Mutismo.- La ausencia de conducta verbal (aparecían esporádicamente sonidos, como tos y estornudo.)

Tomando en cuenta lo anterior se estableció al sujeto como de repertorio conductual limitado.

SEGUNDO PASO.-

Una vez determinada y definida la(s) conducta(s), se marca una meta, esto es, que cambios se esperan lograr, cual va a ser el fin de nuestro manejo, por ejemplo, en la conducta agresiva sería una conducta blanco, el lograr la extinción de aquellas, que no apareciera; la deinatención el blanco sería, la atención de un alumno a su maestro etc. En el presente caso; como observamos varias conductas primeramente realizamos un programa de conducta a tratar el que consistiría en manejar la conducta de cubrirse posteriormente la de anorexia, la verbal y finalmente la de interacción social. Se analizó tales conductas modificandose el programa anterior, quedando la conducta "anorexica" en primer lugar siguiendo las conductas de cubrirse, verbal y de interacción social

en un plano secundario; tomándose como criterio para manejar dichas conductas, los reforzadores que al ampliar su repertorio conductual, podría acarrearrearse reinstaurando conductas, tales como la verbal-interacción social; así como la extinción de cubrirse totalmente el 100% del tiempo; lo que impide el contacto con médicos, enfermeras, trabajadores, etc., rechazando cualquier contacto físico como la exploración médica, impidiendo realizar el tratamiento, no dejándose inyectar ni tomar medicamentos, por medio de conductas agresivas-pellizcos, rasguños, puntapiés, etc. - de la misma forma que negándose a ingerir alimentos, lo que redundaba en un desequilibrio; tanto orgánico como social. El programa, que finalmente se estableció fué el siguiente:

La conducta anoréxica, se manejaría inicialmente tomándose como conducta blanco, el aumento de la cantidad de comida ingerida por el sujeto, tendría como fin el establecer una dieta para el equilibrio de su organismo en base al criterio médico. Esto en el enfoque operante, es una falla ya que si se estaba viendo la conducta emitida por el sujeto, se tendría que tener como criterio final la frecuencia de la misma de llevarse

comida a la boca y no la cantidad de comida ingerida, este no fué posible ya que el contar las veces que -- masticaba era difícil por carecer de instrumentos y -- de la experiencia necesaria no obstante para los fines generales de nuestro trabajo fué útil logrando el funcionamiento biológico adecuado para la supervivencia de la paciente.

LA CONDUCTA DE CUBRIRSE..- El que pasara el 80% (basandonos en la mayor probabilidad de reforzamiento) del -- tiempo sin cubrirse totalmente cabeza, cara, cuerpo, -- se determino como la conducta blanco, a que no sirve -- para corroborar nuestro fin, es decir observar, si estamos cumpliendo con nuestra meta y como lo realizamos por ejemplo, no trataremos de fortalecer el "ego", sino hacer que un sujeto hable en público. La conducta de -- cubrirse se manejaría con el fin de disminuir la intensidad y duración de su respuesta.

Para manejar las anteriores conductas, se utilizó "el Principio de Premack".

En el presente caso, partiendo del criterio de ausencia de lesión orgánica que limitaría el tratamiento, se estableció como blanco, de la conducta verbal la de formación (instaurar) de frases y oraciones coherentes, emitidas primeramente ante médicos y enfermeras para posteriormente poder generalizar con todas las personas, --

principalmente sus familiares, respondiendo de acuerdo al contexto (coherente-lógico). Por lo que respecta a la conducta de interacción social, la conducta blanco que perseguimos, la tomamos como la no aparición de pelliscos, puntapiés, arañes, ante el contacto físico, la ausencia de temblor ante la presencia de cualquier persona (sin tocarla) a tres metros de distancia, el acercarse a otras personas e iniciar comunicación verbal.

El definir respuestas incluye algunas veces la duración y magnitud de estas independientemente de la frecuencia de ocurrencia; por ejemplo cuando a diez metros de distancia se escuchan los gritos de un niño; al determinarse se habla que grita a la intensidad por que se escucha a tres metros de distancia a dos, a un metro; si la misma respuesta, gritar, permanece durante tres minutos se incluye la duración como criterio, en general el utilizado en la metodología operante es el de frecuencia de ocurrencia o sea las veces que en un período aparece una conducta determinada.

TERCER PASO.-

Ya que hemos observado la conducta a tratar, definiéndola y estableciéndola la conducta blanco, habremos de seguir con el tercer paso que es el de registrar

la frecuencia de ocurrencia de la respuesta, en su medio natural, o sea, en el escenario donde aparece la conducta sin que exista algún cambio ambiental (excepto el observador) a esto se le ha denominado - Línea Base- Base line- y se realiza antes del tratamiento o manejo conductual, es una forma de medir la conducta que modificaremos. Podemos definir la línea base como la técnica para medir ciertas conductas, determinando simultáneamente el número de veces que son ejecutadas por ejemplo:

Si queremos entenar a un niño que tira la comida -- siempre que está sentado a la mesa, entonces contamos las veces que el niño tira ésta. La línea base o pretest nos sirve, para determinar el repertorio conductual inicial, a su vez observaremos como es mantenida y por cuales variables para la evaluación posterior de los procedimientos utilizados en comparación a las variables existentes en el momento en que se tomó la conducta y los cambios producidos en la situación en que se manejaron las variables y las consecuencias ejercidas en las respuestas del sujeto.

Finalmente podemos decir que la línea base será nuestro marco de referencia en relación a la efectividad de nuestro procedimiento (Reynolds Bijou, Peterson 1969).

30

El registro de línea base puede elaborarse de diferentes maneras; anotándose la magnitud de la respuesta ejemplo: Cuando un niño se golpea hasta que su maestra voltea y lo reprende registrándose la intensidad de la respuesta por ejemplo, cuando un niño llora durante 15"- tomándose la frecuencia de ocurrencia, por ejemplo: cuantas veces al día el niño llora: Estos criterios para medir la respuesta va a depender del tipo de organismo y conducta que se trate de cambiar, a su vez, se puede observar combinaciones de registros.

En el presente caso, se tomó un período de línea base en el cual no se registró una sola conducta, sino tres la Anorexica, la conducta de cubrirse y verbal, estas conductas se formularon en base a la frecuencia de ocurrencia (tasa de respuesta) es decir las veces que se presentan en un lapso, pesando los platos después con la comida, para finalmente volverlos a pesar y ver la cantidad ingerida (cuadro 2). Lo anterior se llevó a cabo durante la hora de comida de 13- 13:30 P.M. a 2- 2:30 P.M. o sea una hora la que dividimos en pequeños intervalos de cuatro minutos continuos por uno de no registro, lo que efectuamos a lo largo de quince sesiones registrándose la conducta Anorexica, seis sesiones para la conducta de cubrirse y para la conducta

verbal. La razón por lo que fueron menos etapas de registro, es la siguiente:

La línea base se toma hasta que la conducta que es registrada no presente cambios bruscos, por ejemplo:

CONSTANTE

FIG. 1

INCONSTANTE

Se espera que exista una consistencia, en los registros, en comparación con las conductas reales, por lo que se establece en el presente caso una secuencia lineal constante, sin cambios bruscos en la conducta que estaría reflejada en la gráfica que representa ésta etapa.

CUBRIRSE

FIG. 2

CONDUCTA VERBAL

Por lo que se consideró innecesario el registro por más tiempo, ya que si no existían ni se manejaban variables que alteraran las conductas estas mantendrían su mismo nivel operantes (es decir la frecuencia de la conducta, duración y frecuencia).

Para registrar la conducta verbal e interacción social

se tomó como criterio lo siguiente: S- sonidos lo que respecta a la interacción social se tomó el registro bajo el criterio de primero acercarse a cualquier persona y emitir las primeras palabras, ejemplo: Ya voy a bañarme, quiero mi -- toalla, etc.

La anterior no fue registrada en forma sistemática tomando en cuenta la conducta verbal es un requisito indispensable para que se establezca una interacción social, con otras personas, las cuales van a reforzar las conductas dadas por el sujeto; es obvio, que al estar decrementada o extinguida la conducta verbal, se apreciará a su vez disminución en la conducta social, la que es posible determinar como función recíproca a la c conducta verbal;

"La conducta social tiene gran importancia, para el mantenimiento y cambio de la conducta de otros y del mismo sujeto que la emite, la que se encuentra bajo el control de estímulos verbales". (B. F. Skinner Verbal Behavior, 1957- C. Bruner 1969 Tesis - Peralta y Domínguez 1969 Tesis Hilgard 1966).

Hemos de mencionar que también se presentaban conductas "agresivas" como golpear, pelliscar y patear las que estaban en relación al contacto físico; que no se manejaron, en la realización del presente trabajo.

Para registrar la conducta de cubrirse, se tomó tres criterios que se tomarían como marco de referencia, establecimos lo siguiente:

T. T. .- Totalmente cubierta de pies a cabeza, estando dos experimentadores a dos metros y medio de distancia aproximadamente, se iba a marcar T. T. cuando no se le viera ni cara ni cuerpo.

T. M. .- Este criterio se tomo basandose en que se pudiera apreciar el perfil del sujeto, aunque tuviera colocada la bata a lo largo de la cabeza y pies - - (ver la punta de la nariz y el menton). Este registro se llevó a cabo, encontrandose el sujeto de pie frente a la pared, dando el perfil a los observadores

T. M. .- Se utilizó como criterio, el mantener bata, toalla u otra vestimenta sobre los hombros, quedando al descubierto cara y cabeza de la paciente.

Para que exista una consistencia en los registros y determinar que las observaciones hechas acerca de una conducta; operan en el medio, tal como el experimentador lo establece, Es necesario obtener una con-

fiabilidad, por lo que es indispensable comparar el registro realizado por el experimentador con el de otro observador, determinando el si la conducta está definida en terminos objetivos que -- implican el menor número de errores en su observación y medición, posteriormente se efectúa una comparación entre los dos registros, dividiéndose la suma de los acuerdos más los acuerdos entre los acuerdos, sacandose el porcentaje de confiabilidad, en el trabajo aquí presentado, se realizó un registro sobre las mismas conductas en forma simultanea, durante cinco dias, colocandose -- cada observador al lado de la paciente, estando -- esta de perfil, El registro fué hecho durante -- cuatro minutos con un minuto de no registro siendo doce períodos, de cinco minutos en total en el cual se determinaron dos conductas:

Cubrirse con los criterios ya señalados y la conducta verbal, estableciendose para la Anorexia -- otra clase de registro, para la primera Cuadro #1 para la segunda Cuadro # 2-

A los que estará sometida dicha conducta. El ordenar de una manera específica los factores ambientales, se ha llamado contingencias de reforzamiento que son la interacción entre el organismo y su medio ambiente en el que se especifican tres aspectos:

"La ocasión en la cual una respuesta ocurre la respuesta en sí misma y el reforzamiento como consecuencia" (B. F. Skinner C. of Rein. 1969)

Se ha establecido como factor primordial para el aumento de las probabilidades de una respuesta, al reforzamiento, el cual va a tener dos implicaciones cuando un estímulo al ser presentado aumenta la frecuencia de la conducta que lo sigue, se le da el nombre de reforzador positivo, en contraste cuando la aparición de un estímulo fortalece la conducta que lo elimina se denomina reforzador negativo. Por ejemplo.- Un reforzador positivo sería una buena calificación para el alumno, o una alabanza, el beso de la madre para un niño, etc. un ejemplo de reforzamiento negativo- aflojar o quitarse los zapatos que aprietan encender la luz de un cuarto oscuro, etc.

Cuando existen estímulos que por si mismos refuerzan una respuesta, es decir que no han seguido un

un proceso de experiencias anteriores para que se establezcan como reforzadores, se está hablando de reforzadores primarios; lo que se entiende como función de ciertos estímulos reforzantes en una forma " natural " como es la comida, el agua, el sueño, satisfacción sexual, etc. los cuales van a estar en relación a estados de privación o saciedad. Se señala también los reforzadores secundarios, los que son considerados como adquiridos (condicionados) o sea que obtiene el poder de mantener o extinguir una respuesta en relación a las veces que ha sido presentado o sea, que adquirió su poder de aumentar la probabilidad de ocurrencia de una respuesta, siendo apareado con un reforzador primario, para después por si mismo hace más probable una respuesta. A un tipo de reforzadores secundarios se les ha denominado reforzadores sociales como la frase "muy bien", una sonrisa, etc., lo que es generada por las conductas de otras gentes u objetos que pueden adquirir funciones reforzantes como es el dinero (reforzador generalizado). En el presente caso, se determinó como reforzador, el cubrirse siguiendo a Premack, que dice, que "lo que haga un organismo con mayor frecuencia le es reforzante" ya que era la conducta de más alta frecuencia en forma

natural (Allyon y Azrin T. Economy 1968), por lo consiguiente el cubrirse seguirá a la respuesta emitida por el organismo siguiendo el orden de las contingencias. Se utilizó el principio de Premack, en base a que el sujeto presentaba infinidad de limitaciones conductuales, señaladas con anterioridad y -- podía observarse la ventaja de la utilización de -- este principio en el manejo de dos conductas, una de alta probabilidad de frecuencia (que se manejo como reforzador "cubrirse" y otra de baja probabilidad de frecuencia "comer" Anorexia.

Se habla de este principio como de Premack; ya que -- fué David Premack quién lo postuló e hizo su publicación en una revista de Psicología titulando el artículo como "Toward Empirical Behavior Laws: I positive reinforcement " en el año de 1959.

P-Hipotesis de Premack.-

Se ha hecho una formulación llamada Hipotesis Diferencial de probabilidad, en la cual se hace notar que la conducta de alta probabilidad reforzara a la de baja probabilidad y la probabilidad de cualquier conducta típica, varía de una alta frecuencia a una baja y -- de momento a momento, lo que expresa que una conducta de alta frecuencia refuerza a cualquier otra conducta como cualquier otro reforzador.

En resumen en la observación de dos conductas, si la conducta B es de más alta probabilidad de ocurrencia que la conducta A, ésta última puede ser hecha más probable haciendo la conducta B contingente sobre ésta (Homme C de Baca Devine- Steinhorst & Rickart 1963 y Lloyd E. Homme 1966).

CUARTO PASO.-

Hemos estado haciendo referencia al reforzamiento, - siendo este el principal elemento de control conductual, por lo tanto la administración y orden del reforzamiento será primordial.

Cuando el reforzamiento es presentado siguiendo a la operante en todas sus emisiones, estamos aplicación entre la respuesta y el reforzamiento es de uno a uno y este programa se utiliza en el inicio de proceso de instaurar conductas, ya que establece una tasa constante de respuestas, apareciendo más rápidamente la -saciedad, lo que decrementa el nivel de frecuencia de respuesta y acelera la extinción (Reynolds- Holland y Skinner, Fersher y Skinner).

Para prevenir lo anterior se han establecido diferentes programas de reforzamiento, como los siguientes:

PROGRAMAS DE INTERVALO.- Determina el paso de cierto intervalo de tiempo antes de que sea reforzada la operante, este programa establece que en el transcurso -

de un intervalo de tiempo dado, la respuesta puede ser reforzada, aquí el número de respuestas es irrelevante, en tanto el organismo emita una respuesta necesaria para el reforzamiento; después de que el intervalo haya pasado. Este programa puede clasificarse en; Intervalo fijo y variable.

Programa de intervalo fijo.- En este se requiere el paso de un tiempo constante para que una respuesta sea reforzada. El intervalo de tiempo entre los reforzamientos se mantiene constante por lo que gráficamente aparece una figura llamada de festoneo en tanto que muestra un decremento en la tasa de respuesta, después del reforzamiento, seguida por una aceleración positiva conforme para el tiempo y se acerca al reforzamiento.

Programas de intervalo variable.- En este, los intervalos entre reforzamiento y reforzamiento no se mantienen constante, sino que varían en relación al paso del tiempo antes de que una respuesta pueda ser reforzada. Se establece un valor promedio el cual será el punto de referencia para los diferentes intervalos de tiempo y por consecuencia del reforzamiento.

Programa de Razón.- El presente programa establece un número determinado de respuestas emitidas para que sea posible el reforzamiento, por ejemplo, es necesario que un niño lea 19 vocales correctamente sin reforzamiento antes de que de la respuesta # 20 y sea reforzado. Este programa, de la misma manera que el de intervalo se clasifica en dos; Razón fija y razón variable.

Razón Fija.- En este, se determina un número fijo de respuestas para que sea reforzada una respuesta, esto es se requiere del mismo número total de respuestas a lo largo del programa en el que se marca la presentación del reforzamiento en relación al número específico de respuestas, por ejemplo, en un programa de razón fija, se requiere de 15 respuestas en total para cada reforzamiento. La aplicación de éste, origina una tasa alta y constante de respuesta.

Programa de Razón Variable.- El número de respuestas requeridas para un reforzamiento, varían de reforzamiento a reforzamiento en forma irregular, partiendo de un valor promedio, por ejemplo, tomamos como promedio de respuesta que un organismo tiene que emitir para ser reforzado, por tanto reforzaremos cada 20, 21, 30, 39 y 40 respuestas, produciendo una tasa alta y constante de respuesta y una mayor resistencia a la extinción.

Bajo los programas de razón el aumento del tiempo en que tarda un organismo en dar la respuesta será irrelevante, ya que lo importante será el número de respuestas emitidas.

Tanto los programas de razón e intervalo variable se encuentran dentro de los esquemas de reforzamiento intermitente en el que una respuesta seleccionada -- previamente es reforzada siguiendo las reglas del -- medio ambiente, el cual refuerza algunas respuestas más no todas las que emite un organismo.

En el presente caso, se estableció un programa de -- intervalo fijo, en el que la paciente tenía para poder ser reforzada con bata y toallas tenía que esperar el paso de un intervalo (1 hrs. aproximadamente) Independientemente de los programas anteriores llamados también programas simples de reforzamiento, existen los programas múltiples que son la combinación de los programas simples en los que dos de estos se encuentran involucrados con diferente estímulo. Por ejemplo el programa de Tandem, en el que son dos programas de razón teniendo un solo reforzador; El de Inter-Looking, el cual varía linealmente con el intervalo de tiempo.

QUINTO PASO.-

Después de haber registrado las condiciones y obtener

el índice de confiabilidad interobservadores, pasamos a controlar el medio ambiente donde se encontraba la paciente. Esto es, debemos arreglar las contingencias de reforzamiento, para hacer posible que aparezca una nueva respuesta ordenando su medio ambiente encontrándose los eventos rigurosamente controlados, observando la(s) variable(s) aislada y manteniendo la situación - uniforme.

Independientemente de que la conducta operante sea mantenida por sus consecuencias, también se encuentra operante sea mantenida por sus consecuencias, también se encuentra bajo el control de estímulos antecedentes. Cuando la tasa de respuesta es diferente bajo distintos estímulos se dice que la conducta está bajo control, por ejemplo, un automovilista se detiene ante la luz roja - de un semáforo, no así ante la luz verde, es decir, cuando la situación bajo la cual una operante fué reforzada, se presenta nuevamente, es posible que aumenten las posibilidades de que la operante sea emitida nuevamente.

El control de estímulos involucra los procesos de Generalización y discriminación.

Cuando una operante ha sido reforzada en una situación - estímulo y puede ser evocada en otra situación semejante se habla de generalización; la cual puede establecerse - entre estímulos cuando al reforzar una respuesta ante un

estímulo habrá un aumento en la tasa de respuestas de estímulos semejantes adquiriendo éstos control sobre una respuesta debido al reforzamiento en presencia del estímulo(s) original(es).

Generalización.- Al reforzar una operante, aparece un incremento en la frecuencia de respuestas similares, acerca de esto podemos señalar lo siguiente - --
"La conducta de un organismo generaliza a todos los estímulos en cuya presencia se incrementa la tasa de la respuesta, después de que esa ha sido reforzada en presencia de otro estímulo (Reynolds 1969).

Thordinke, estableció la generalización, como "la forma en que un sujeto responde frente a cualquier situación nueva en la misma forma que lo haría en otra similar o frente a alguno de sus elementos ", (Keller 1969) por ejemplo, un niño nombra a cualquier animal cuadrupedo como "perro". En reciprocidad al proceso de generalización se presenta el de discriminación, reforzando o castigando ciertas conductas ante determinados estímulos; La discriminación se establece, presentando primeramente un estímulo discriminativo, esto es, un estímulo ante el cual al dar la operante, existe la posibilidad de ser reforzado y en su ausencia se extingue (SD)

Como anteriormente señalamos, existe una interacción entre un organismo y su medio, este último es el que crea, mantiene o extingue la conducta; por tanto, en este paso se identifican las variables de las que es función la conducta, observando los antecedentes y consecuencias de la misma. Posteriormente las variables responsables serán manipuladas por el experimentador, ordenándose las contingencias de tal manera que sea posible rechazarlo. Estímulos medio ambientales de tal manera, que sean contingentes sobre la conducta, esto es, la formulación adecuada de la interacción entre organismo y su medio ambiente en el que como ya señalamos encierra tres partes:

- 1.- La ocasión sobre la cual una respuesta ocurre.
- 2.- La respuesta en sí misma.
- 3.- Las consecuencias reforzantes.

Por lo tanto es necesario describir la relación funcional existente entre la variable dependiente (conducta) y la variable independiente (Estímulos ambientales) a través de lo anterior podremos identificar las variables independientes que mantienen la conducta.

Una conducta no aparece en el repertorio de un sujeto en forma espontánea, es decir, que emitan pequeñas partes de la respuesta final que le sean reforzadas aumentando la semejanza cada vez más hasta llegar a la respuesta deseada, usando el reforzamiento para --

para cada una de las respuestas. (Jack - Michael - Meyerson), lo que es de gran importancia en el proceso de instauración o reinstauración de una conducta.

El proceso por medio del cual se fortalecen secuencias de respuestas unidas por un estímulo, que funciona como discriminativa es llamado Encadenamiento por ejemplo, cuando un niño reúne un album de estampas para posteriormente recibir un regalo, este ejemplo es muy simple no así la conducta que presenta -- una cadena de respuestas sumamente complejas.

En algunos momentos el procedimiento seguido dentro de la metodología operante, se presentán períodos en que a una respuesta no le sigue ninguna consecuencia es decir, que no es reforzada, esto recibe el nombre de extinsión, muy diferente al período de tiempo fuera (Time out) en el cual no se presenta la oportunidad de emitir una respuesta y obtener reforzamiento

En este caso, se utilizó un cubículo fuera del departamento de mujeres, en donde se trasladaba a la paciente durante las horas de comida 13:30 - 14:30 PM. Al entrar al cubículo se le quitaban toallas y bata, dejandola solo con el camison, posteriormente se le acercaba al escritorio colocandose el experimentador frente a ella diciendole "Hasta que termine de comer

esto le devuelvo su ropa". El realizar lo anterior en un cubículo exterior, fué debido, por una parte, al control ejercido sobre las variables independientes y mantenerlas constante por otra, a establecer un control de estímulos, esto es, - discriminar la situación existente dando respuestas diferentes (Discriminación)

Si al dar nosotros la instrucción de comer pasaban 10 seg. sin que el sujeto lo realizara, tomabamos la cuchara y la acercabamos a su boca, a esto se le puede dar el nombre de Prompts, o inducir a una respuesta, dando como estímulo una parte de la respuesta meta; sin decir nada el experimentador, si realizaba la misma operación se le hacía notar que no comiera le sería entregada su ropa y sería conducida a su cuarto, si aparecía un nuevo rechazo, - el experimentador se retiraba del cubículo durante 15 seg. llevando consigo la ropa de la paciente.

Durante los períodos del 1 al 13, se manejó un programa de reforzamiento de intervalo. Es hasta el -- final de la comida se le regresaban toallas y bata. En las sesiones 14 a 17, se le dejaba puesta la - - bata y toallas mientras comía, al no emitir respuesta se le quitan las ropas (10 seg) y se le indicaba

"Hasta que no coma le regreso sus ropas, al iniciar la respuesta se le entregaban sus ropas; a esto se le podría considerar como correspondiente a un programa de reforzamiento continuo, la razón por la cual se siguió este orden en los períodos de reforzamiento fué el tratar de eliminar el error de haber establecido primero un programa de razón variable, observandose como más indicado el de reforzamiento continuo para restaurar conductas.

SEXTO PASO.-

Los trabajos realizados dentro de la metodología operante, siguen en general un esquema A. B. A. en el que A. es el período de línea base B. el período experimental en el que se introduce la variable independiente; A. corresponde al segundo período de línea base tendiendo a observar los efectos que ha tenido la variable que se ha manejado y conocer si ha sido el factor determinante en los resultados del período experimental, a este se le conoce como Reversión o período de reforzamiento diferencial de otras respuestas, en el que se refuerzan otras conductas que no son la blanco. En ocasiones se regresa a un segundo período experimental estableciendo nuevamente las contingencias existentes durante el primero quedando el modelo como sigue A. B. A. B.

En este caso, desgraciadamente, solo se realizó un plan A. B., En el que A. fué el período de línea base B. el período experimental en las - que fueron manejadas las contingencias de reforzamiento en el primer período experimental. - En el cual se introducen los estímulos que se ordenarán para producir un cambio en la conducta, utilizando diferentes técnicas, según sea - el caso, y las variables a manejar, es el período se hace los cambios, en el campo situacional ésta manipulación debe envolver una alteración en los antecedentes o consecuencias de estímulo-- los u ordenar los eventos, en los cuales el experimentador ejercerá un riguroso control. Una vez que se han establecido el número de sesiones en los cuales se manejan las variables, y se establece la conducta meta, se hace necesario la verificación, comprobación de ésto, para poder determinar que las variables que manejo el experimentador, son en efecto las responsables de - los cambios experimentados en la conducta del - sujeto, para lo cual, se realizan operaciones que reducen o eliminan la condición experimental, efectuandose un segundo período de línea base, - que determinará si las relaciones observadas durante la fase experimental (I) en verdad estuvié

ron en función de la condición experimental, para lo cual se descontinúa el período experimental, -- regresando a las condiciones existentes antes de la iniciación del primer período experimental, en ocasiones se puede mencionar que ciertas conductas son mantenidas simplemente por sus contingencias -- "naturales", para lo cual es necesario, reforzar en forma diferencial, otras conductas que no sea la manejada, lo cual nos mostrará en una forma -- funcional, que los cambios realizados se deben a la conducta, se deben al control que el experimentador ejerció. Posteriormente, se volverá a reinstaurar el primer período experimental, en el que se verá si el porcentaje de respuestas bajo esta condición tiene el mismo porcentaje, cuando se -- vuelve a instaurar esto será el segundo período -- experimental, en el que el poder funcional de los estímulos y las respuestas están en relación a las funciones observadas (S. W. Bijou & R. F. Peterson 1969). posterior a los pasos realizados

SEPTIMO PASO.-

Posterior al segundo período experimental, se realiza el de Generalización en el que se desvanecerá los estímulos produciendo la respuesta en situaciones semejantes a la original, eliminando paulati-- namente los estímulos que se mantuvieron presentes

durante el reforzamiento, hasta lograr que la respuesta se diera en cualquier otra situación diferente a la original.

PERIODO DE LINEA BASE CONDUCTAS 1, 2 y 3

FECHA _____ No. DE REG. _____

HORA DE INICIO _____ HORA FINAL _____ TIEMPO FINAL _____

OBSERVADOR _____

	1	2	3	4
T.T.				
T.M.				
T.M.				
S.				
I.				
O.	5	6	7	8
T.T.				
T.M.				
T.M.				
S.				
I.				
O.	9	10	11	12
T.T.				
T.M.				
T.M.				
S.				
I.				
O.				

- t.T. = Totalmente cubierta
- T.M. = Ver la punta de la nariz y menton
- T.M. = Cabeza descubierta
- S. = Sonido
- I. = Acercarse a cualquier persona y emitir palabra
- O. = Otras.

CUADRO III

REGISTRO DE LINEA BASE

CONDUCTA No. 3

ANOREXIA

FECHA _____ NO. DE REG. _____
 HORA DE INICIO _____ HORA FINAL _____ TIEMPO FINAL _____
 OBSERVADOR _____

	P.V.	P.C.	D.C.	TOTAL
P.H. CH				
P.H. G				
P.T. CH				
P.T. G				
V. L				
V. A				TOTAL

- P.H. CH = PLATO HONDO CHICO
- P.H. G = PLATO HONDO GRANDE
- P.T. CH = PLATO TENDIDO CHICO
- P.T. G = PLATO TENDIDO GRANDE
- V L = VASO LECHE
- V A = VASO AGUA

RESULTADOS Y DISCUSION.-

Fué tomado el registro de alimentos, durante las horas de comida, debido a que era el momento en que se le proporcionaba mayor alimento.

Tomandose como antecedente que durante el desayuno y cena tomaba solo un vaso de leche correspondiente a 360 gr.

Línea Base.- Durante este período se registrarón Anorexia - Tiempo de permanecer cubierta - Conducta verbal, obteniendo los siguientes resultados:

ANOREXIA.- Presentaba un mínimo de 267 gr. ingeridos con un máximo de 542 gr. con un promedio de 358.66 gr. de 1,210 gr. posibles durante 15 sesiones. Peso de 36 kgs. y 1.67 de estatura.

La confiabilidad interobservadores obtenida fué de

$$\frac{107}{107 + 50} = .68\%$$

Período Experimental.

Al manejarse la conducta "Anoréxica" se utilizó una dieta de 2,300 calorías, consistente en:

- 320 gr. de sopa
- 210 gr. de carne
- 360 gr. de un vaso de leche
- 125 gr. de un platano

- 100 gr. de un Huevo
- 178 gr. de Postre (Cremel)
- 50 gr. de Mantequilla
- 35 gr. de Pan (2 rebanadas Bimbo)
- 63 gr. de Tortillas (2)

Total de gramos 1,441

Teniendo un mínimo de 290 gr. con un máximo de 890 gr. con un promedio de 634 G. de un total de 1,441.

CUBRIRSE.- Por lo que respecta a la conducta de cubrirse se presenta.

Línea Base.-Se registro durante 4 sesiones con duración de 60 minutos cada una, observandose en un 98% del tiempo cubierta con un 2% descubierta durante el aseo de la paciente

CONDUCTA VERBAL.- Se obtuvo 0.0% de emisiones verbales durante 3 sesiones, con una duración de 60 minutos.

Posteriormente se observó, por lo que respecta a la conducta de cubrirse una disminución de 50% de 60 minutos o sea 30 minutos, Durante el período de registro de la conducta verbal se presentó un aumento de 15% de emisiones verbales principalmente en el transcurso de las sesiones 14 y 15, en las

que la paciente estableció comunicación verbal con el experimentador, en forma lógica con oraciones largas y coherentes, reconociendo el lugar donde estaba, y quien era.

Los resultados correspondientes a la conducta de cubrirse y verbal los tomamos como colaterales para el presente trabajo ya que no se obtuvo datos que puedan demostrar que fué nuestra variable la causa de esos resultados, mas nos permitimos mencionar que es de alta probabilidad que debido a ello se hayan presentado los cambios observados puesto que, durante los 10 años de internamiento la paciente no mostro ningún cambio semejante al presente. He de hacer énfasis en que los datos anteriores pueden ser tomados como accesorios al tratamiento de la conducta específica (C. Anoréxica) Desafortunadamente, no fué posible continuar el tratamiento debido a que la paciente sufrió un accidente, fracturandose el femur, teniendo que encamarse durante 5 dias, antes de la intervención quirúrgica Durante esos 5 dias se continuó el procedimiento; al darnos cuenta de que los registros no eran consistentes y presentaban diversas variables no controlables por el experimentador, se suspendió el tratamiento totalmente.

Una objeción a este trabajo, es el de no poder demostrar rigurosamente que nuestra variable independiente fué la causa de los cambios en las conductas de la paciente, dicha comparación no fue posible realizarla de la misma manera el período de generalización, y 2o. período experimental, por la razón de la imposibilidad física de la paciente.

Otra objeción, es la de haber tomado un criterio que no corresponde a lo estrictamente operante ya que tomamos como base gramos y peso y no la frecuencia de respuesta (masticar)

Posteriormente a la intervención quirúrgica, la paciente fué trasladada al domicilio particular en donde sus familiares informaron que presentó conducta verbal en forma lógica y coherente y mantuvo su nivel de alimento en 634 Gramos al regresar al Hospital se informó que la paciente presentaba conducta verbal con enfermeras y trabajadoras, manteniéndose sin cubrirse y más aún ayudando en las labores de mantenimiento (doblar sábanas).

En marzo de 1971 la paciente fué trasladada a un Hospital Campestre, sin conocer cual es su estado actual.

Primera Sesión.- Se pasaron los platos y se aumento al peso de las sopas y el guisado 5 gramos a cada uno, dos al pan y tres a la leche.

Se procedió a traer a la paciente, lo cual provocó conductas "agresivas" a las cuales no se le prestó atención alguna, dentro del cubículo se le quitó la bata y se le dio las instrucciones de "Hasta que se termine todo esto le regreso la bata y toalla", lo que realizó con suma rapidez y al término se le regresaba su ropa y sus prendas.

Segunda Sesión.- Se siguió de la misma forma que en la anterior sesión aumentando los gramos a los alimentos, presentandose en ésta ocasión la negativa a comer, por lo cual, utilizamos tiempo fuera lo que consistió en salirse del cubículo el experimentador con las ropas de la paciente, por espacio de 10 segundos, pasados los cuales, se regresaba, y se le repetían las instrucciones.

Tercera Sesión.- Se le dio las instrucciones correspondientes, y el experimentador dejó junto a la paciente sus ropas, sin tenerlas él ya que si la sujeto no comía, el experimentador, lo inducía a dar la respuesta tomando la cuchara y acercandosela a la boca, respondiendo el sujeto, quitandonos la cuchara y comiendo ella sola. Prompt.

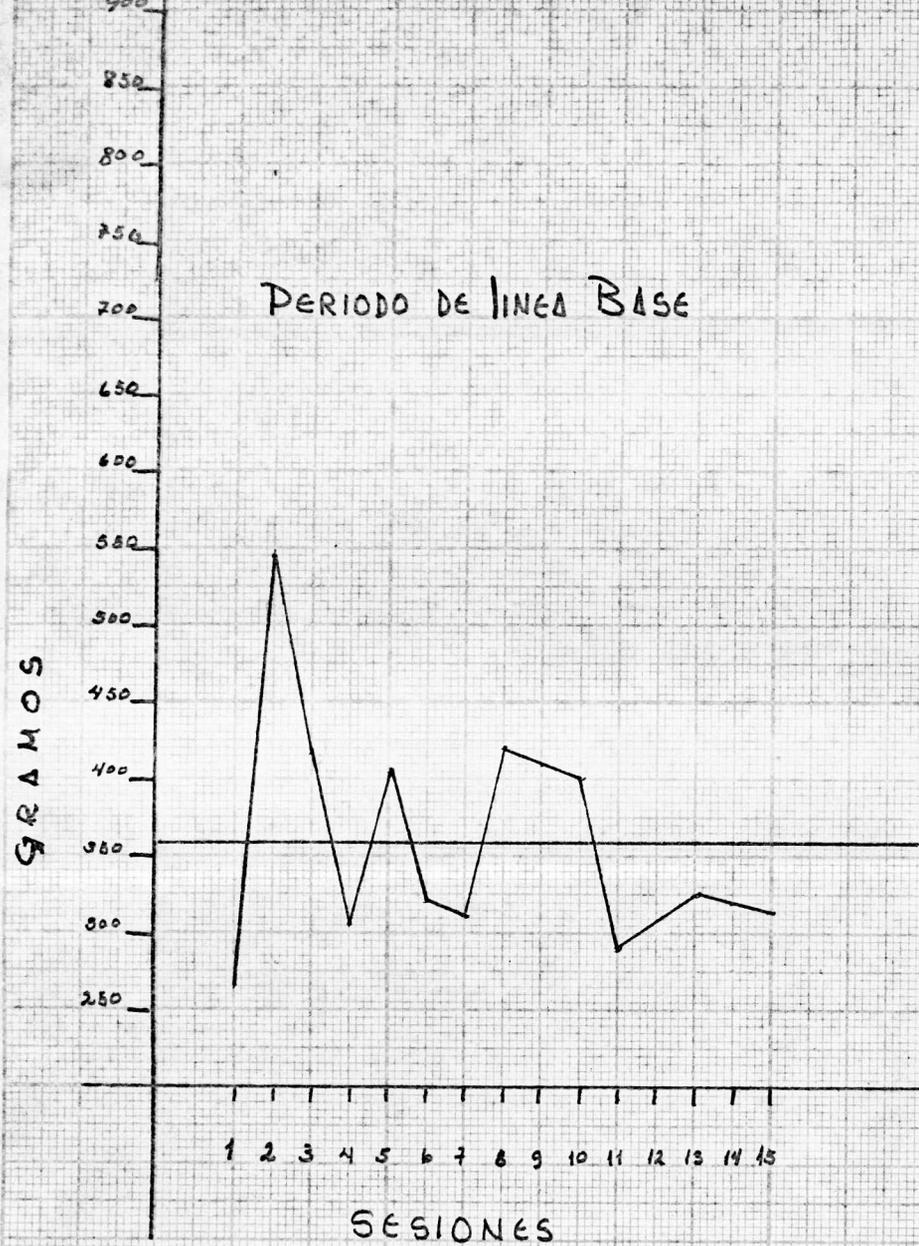
Sexta Sesión.- Durante ésta se introdujo una variable más, la presencia de otro experimentador, el cual fué el que le dió las instrucciones y estuvo presente durante toda la sesión lo que tuvo como resultado la disminución en la comida y con aumento de las conductas emocionales, por lo que se estableció un criterio mas bajo que el original, diciendole, acabese el guisado y le doy su ropa y nos vamos,

Septima Sesión.-

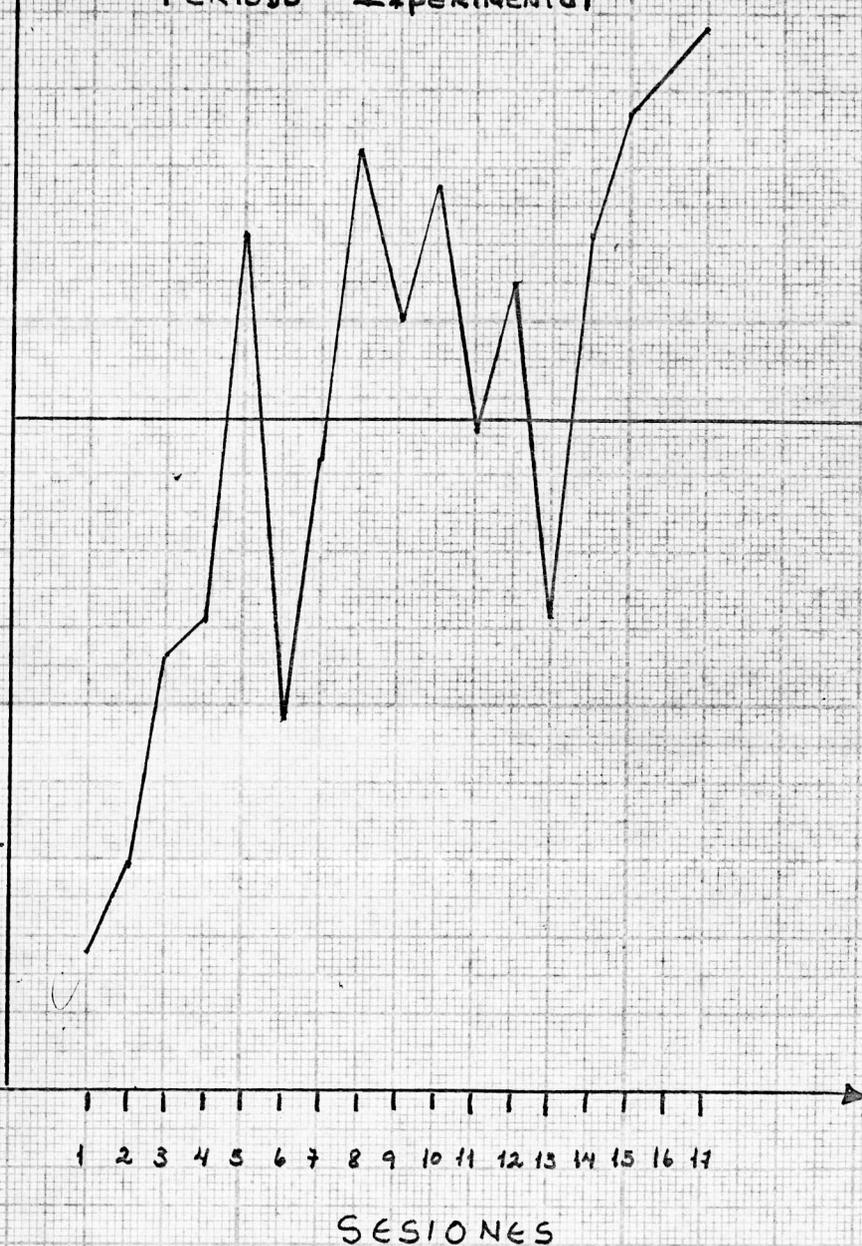
En esta sesión se volvió a establecer la situación que originalmente se manejó, dándole las instrucciones el primer experimentador y eliminando la presencia del otro.

En la treceava Sesión, le fué administrada un total de 620 gr. en la comida, siendo el promedio total de alimentación 950 gr. es decir 330 gr. menos, mostrando una lógica disminución.

La Sesión 14a. el sujeto presentó conducta verbal y en la misma se registró el peso logrado por la paciente hasta el momento, registrandose 37 Kgs. 570 gr. manteniendose la misma situación hasta la sesión No. 17

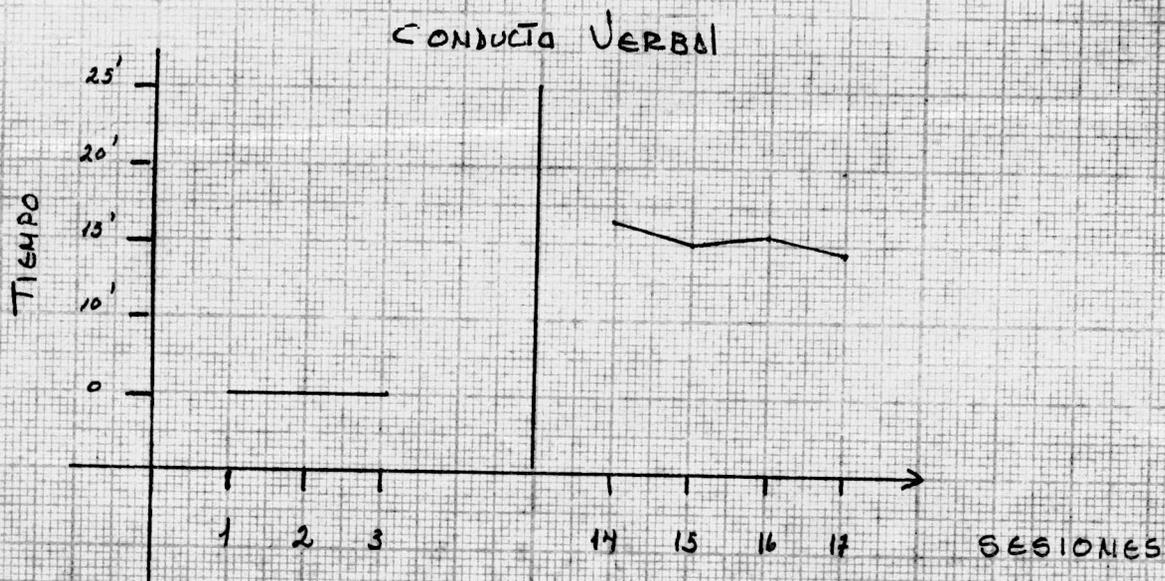


$M = 358.66$ GRAMOS



$M = 634$ GRAMOS

a):



C O N C L U S I O N .

El Haber llevado a cabo el presente trabajo, nos ha hecho considerar, que independientemente, de las objeciones que de el puedan hacerse; Muestra una forma directa y efectiva de tratar casos extremos de conductas "Inadecuadas", con una aproximación operante.

Desde hace tiempo, se ha venido trabajando en la aplicación de la Metodología Operante a casos particulares, como el presente, mas, tomando en cuenta las contingencias en las que se presenta la conducta y señalando la gran influencia ejercida por el medio ambiente sobre esta, la aplicación de la metodología operante, no solo es posible sino necesaria en escenarios naturales, los cuales, en última instancia van a ser los que de una manera u otra afectan la conducta de los sujetos.

Lo anterior determina un nuevo y mas amplio derrotero en el desarrollo del estudio científico de la conducta, ampliando sus campos de acción a diferentes areas,

Como se ha venido señalando, el medio ejerce influen

cia decisiva en el comportamiento humano; encontrándose en éste, los criterios bajo los cuales se rige la conducta humana.

Criterios que no siempre van a permitir al hombre un desarrollo y cuestionamiento eficaz de las contingencias que lo controlan; en tanto emanen de ciertos grupos que tengan como meta intereses de diversas índole. Por lo consiguiente, considero que los avances y principalmente la aplicación de la metodología operante, no solo es posible sino necesaria por lo que respecta al area social y educativa.

Finalmente, señalaremos que si bien es cierto que la Metodología Operante, es un instrumento de gran utilidad en el estudio y manejo de la conducta -- tampoco hemos de olvidar que solo es uno de los muchos pasos que se han dado y se darán en el estudio "CIENTIFICO" de la conducta y en especial del comportamiento humano.

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

- 1.- AYLON, T. AND AZRIN, N.H.:
Reinforcement and Instructions with mental patients. J.exp. anal. Behavior. 4:1964.
- 2.- AYLON, T. and AZRIN, N.H.:
Reinforcer Sampling: A technique for increasing the behavior of Mental Patients. J. Appl. Behav. Anal. 1: 1968.
- 3.- BACHRACH, A.J.:
Como Investigar en Psicología. (1a. edición) Aguilar, S. A. de ediciones Madrid (España) 1966.
- 4.- BACHRACH, A.J.:
ERWIN, L. AND MOHR, R.
Case studies in behavior Modification. Holt rine hart and winston, Inc. New York. 1966.
- 5.- BAER, D.M. WOLF, M.M. AND RISLEY, T.R.:
Some current dimensions of applied behavior analysis. J. Appl. Behv. Anal. 1: 1968.
- 6.- BAER, D.M. PETERSON, R.F. AND SHERMON, J. A. :
The development of imitation by Reinforcing behavioral similarity to a Model. University of Kansas and University of Illinois 1965.
- 7.- BIJOU, S.W. AND ORLINGER, B. :
Responses of normal and retarded children as function of the experimental situation. Psychological reports, G. 1960.
- 8.- BIJOU, S.W. PETERSON, R.F. HARRIS, FR. ALLEN, K. E. AND - JOHNSTON, M.S. :
Methodology for experimental studies of young children in natural setting the psychological record. 19: 1969.
- 9.- BOUZAS, R. A: Teoria y tecnica del cambio conductual. Tesis para obtener el titulo profesional de Psicologo. U.N.A.M. México, 1967.
- 10.- BUEHLER, R.E. PATTERSON, G.R. AND FURNISS, J. M.
The reinforcement of behavior in Institutional Setting. Behav. Res. & Therapy Vol. 4: 1966.

- 25.- KALE, R. J. KAYE, J. H. WHELAN, AND HOPKINS, B. L.
The effects of reinforcement on the modification maintenance, and generalization of social Responses of - Mental Patients. J. Appl. Behav. Anal. 4: 1968.
- 26.- KELLER, S. F.:
Aprendizaje. Editorial Paidós, Buenos Aires (Argentina) 2a. Ed. 1969.
- 27.- KANTOR, J. R.:
An Analysis of the experimental Analysis of Behavior (Teab). J. Exp. -- Anal. Behav. 1: 1970.
- 28.- LANG, R. L.
Case studies in behavior modification Holt. Rine Hart and Winston, Inc. New York. 1966.
- 29.- LINDSLEY, R. O. :
Theoretical Basis of behavior modification. bureau of child research and school of Education. University of Kansas 1968.
- 30.- LINDSLEY R. O. ;
Análisis experimental de la cooperación y Competencia. T. Verhave (ed) The Exp. Anal Behav. New York: Appleton- Century /Crofts: 1966.
- 31.- MOLINA, A. J.:
Modificación de conducta en niños con - retardo en el desarrollo. Tesis para obtener el título profesional de Psicólogo. U.N.A.M. México 1969.
- 32.- MOYES, A. P. AND KOLD, L. C.
Modern clinical Psychiatry 5a. Ed. - - - Philadelphia: 1958.
- 33.- PEREZ DE LEON, M. S. Y LARA, C. L.
Utilización de la Metodología Operante en la Instauración de conducta verbal, en - un niño con retardo en el desarrollo. -- Tesis para obtener el título profesional de psicólogo. U.N.A.M. México 1970.
- 34.- PREMACK, D. ;
Reversibilidad del refuerzo. (traducción) 1961.
- 35.- REYNOLDS, S. G.:
A Primer of operant conditioning. Scott, Foresman and Company (Ed). 1968.
- 36.- RIBES, I. E. Y LOPEZ, R.F.
El nivel de conceptualización: Una clase de respuestas verbales controladas por ; las contingencias de reforzamiento. Revista Interamericana de Psicología Vol 1 #3 1967.

- 37.- RIBES, I. E.: Terapias conductuales y modificación de conducta (Conferencia) Universidad Iberoamericana. 1969.
- 38.- SHERMAN, A. J.: Use of reinforcement and imitation to reinstate verbal behavior in mute - - Psychotics. J. Abnormal Psychology, - Vol. 70 No. 3: 1965.
- 39.- SIDMAN, M. : Tactis of Scientific Research, Basic Books, Inc. Publishers- New York, 1960
- 40.- Skinner, B. F.: Operant Behavior. Honing, W. K. Areas of Research and application, appleton century crofts. 1966.
- 41.- SKINNER, B. F.: Verbal behavior, Appleton-Century-Croft New York. 1957.
- 42.- SKINNER, B. F.: Contingencias of Reinforcement a Theoretical Analysis Appleton-Century-Croft Meredith Corporation New York 1969.
- 43.- SKINNER, B. F.: Ciencia y Conducta Humana. Editorial - Fontanella, Barcelona, (España): 1969.
- 44.- ULLMANN, P.L. AND KRASNER, L.
Case Studies in behavior modification. Holt. Rine Hart and Winston, Inc New - York. 1966.
- 45.- ULLMANN, P.L.AND KRASNER, L.
A Psychological approach to Abnormal - Behavior, Prentice-Hall, Inc. New Jersey. 1969.
- 46.- ULRICH, E.R. STACHNIK, T. AND MABRY, J.
Control Of Human Behavior. Scott, Foresman And Company Vol. 1: 1966.
- 47.- ULRICH, E.R., STACHNIK, T. AND. MABRY, J.
Control of H. B. S. Foresman and Company Vol. II: 1970.
- 48.- VER HAVE, T.: The experimental analysis of behavior Appleton- Century- Crofts, New York. 1969.