

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA



LA MODIFICACION DE CONDUCTAS
ANTIHIGIENICAS EN PSICOTICAS

TESIS PROFESIONAL
QUE PRESENTA
ENRIQUE TELLO A.
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIATURA DE LA
CARRERA DE PSICOLOGIA

México, D. F.

1974



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.

2.5000
U.M.M.M. 88
1974
E.1

AGRADECIMIENTOS.

A todos los maestros y compañeros de la Facultad de Psicología.

A los Maestros que gentilmente revisaron este material de trabajo como son: Lic. Jorge Molina, Mtro. - Benjamín Domínguez, Lic. Jorge Peralta, Lic. Carlos-Fernández, Lic. Armando Quiróz.

Al Personal Administrativo de el Hospital Campestre José Sayago, así como a la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

INTRODUCCION:

INTRODUCCION:

Desde 1950 la ciencia de la conducta humana ha ido avanzando por las constantes investigaciones que se han hecho dentro, principalmente, de un contexto social. La validez de las técnicas psicológicas determinan la formulación de los problemas humanos y la metodología de las investigaciones futuras que se hagan sobre los mismos. Por ejemplo, la validez de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (TMAS), directamente contribuyó a una gran investigación sobre el concepto de ansiedad. (L.Krasner y L. P.Ullmann, 1973) 20.

Más objetivamente, el trabajo experimental con humanos representa el avance tecnológico de nuestra moderna ingeniería conductual. Con ello ha nacido la llamada Modificación de Conducta. Dicho término es usado primeramente en 1953 en la literatura psicológica en la aplicación del condicionamiento operante a pacientes psicóticos hospitalizados. (Lindsley, Skinner y Solomon, 1953). Este término ha sido usado independientemente por Lazarus (1958), que refiere el trabajo de Joseph Wolpe (1945 y 1958) 20.

La modificación de conducta es una referencia de aplicaciones del condicionamiento operante cuyos orígenes se encuentran en un análisis experimental relativamente puro. (Skinner 1971) 21.

ECONOMIA DE FICHAS.

Una de las técnicas más usadas en los estudios operantes ha sido la llamada economía de fichas (las cuales hacen la función de reforzadores condicionados). (Staats, Saats, Schuts y Wolf, 1962. Ellos usaron fichas canjeables por una variedad

de objetos y actividades. 20.

Ayllon y Azrin (1965), reportan resultados del uso de un programa de economía de fichas en un hospital psiquiátrico. Este es el modelo de programas posteriores y de gran impacto - en subsecuentes investigaciones. Aplicaron el principio general expresado por Premack (1959), que dice: La frecuencia de ocurrencia de cualquier conducta, cuando se le deja actuar libremente al sujeto, será mayor si se utiliza ésto último como reforzador. Oportunidades para hablar con el doctor del pabellón, pláticas con el psicólogo, oportunidades para ver la televisión, cigarrillos, etc. son consecuencias canjeables por los pases entregados por exhibir conductas adaptadas dentro de la institución. Ayllon y Azrin pusieron énfasis en la definición y cuantificación de las respuestas y reforzadores dentro del programa motivacional que desarrollaron en el Hospital Mental Anna State. 20.

Otros programas de este tipo fueron aplicados en:

Administración de un Hospital de Veteranos de Guerra. (Atthowe y Krasner 1968). Krasner y Atthowe, (1971). 20. También los estudios de Schaefer y Martin, 1966. Winkler, 1970. Clements y McKee, 1968, (0) (Ullmann y Krasner, pags. 283-287).

Además de la efectividad de ésta técnica abarca todo tipo de poblaciones hospitalarias ejemplos:

Lisiados en un taller (Zimmerman y Cols.)

Pacientes retrasados mentales (Brierton y Garms)

Psicóticos crónicos en un hospital mental (Stessy y Cols).

Niños retardados en una institución para retardados (Spradlin)

Delincuentes juveniles en un reformatorio. (Cohen).

Niños de guardería. (Hamblin y Bushell). Etc. (22).

La obtención de una consecuencia positiva inmediata a una conducta operante emitida por el sujeto, es la finalidad de la ficha. Dicho principio constituyó la parte primordial de nuestro trabajo de tesis profesional.

Las fichas para pacientes mentales eran cambiales por una consulta con el Doctor del pabellón y por una visita con la trabajadora social del hospital mental donde se llevó a cabo este estudio.

Por medio de esos vales se reforzaron conductas higiénicas en 100 pacientes del sexo femenino de edad media aproximada de 35 años rango 18-83, años de hospitalización, media de 16 años, rango 0-30.

La mayoría bajo tratamiento medicamentoso, (derivados de fenotiacina), todas las pacientes diagnosticadas con los diversos tipos esquizofrénicos.

El programa motivacional (consistió en :)

Línea base (12 días)

Fase "A" de Atención médica (9 días)

Fase "B" de cita con la trabajadora social (5 días)

Dicho programa se llevó a cabo en un hospital mental ubicado en el Km. 33 de la Carretera México-Pirámides en Tepexman, Edo. de México, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El hospital cuenta con una población de 470 pacientes todos del sexo femenino y diagnosticados como esquizofrénico crónicos.

Cabe hacer notar que en el presente trabajo nos ajustamos a la realidad económica de la institución, así como a la deficiencia del material humano característico en este tipo de hospitales, excepto el Doctor y la Trabajadora Social no se necesitó de más personal.

Los principales motivos que nos impulsaron a apoyarnos en éste tipo de técnica, es el de abrir camino a la aplicación de la misma a este tipo de instituciones, en donde se abandona los principios de la rehabilitación para lo cual fueron creados, y también, porque son relativamente pocos los estudios realizados en México. Además dicha técnica requiere de una mayor consistencia práctica, ya que representa -- junto con otras, el avance más inmediato para la comprensión de la conducta humana, y, en este caso particular que nos refiere la presente Tesis, redundará en la prevención de -- conductas anómalas.

LOS HOSPITALES MENTALES:

En los Hospitales Mentales, la desatención por parte de los diversos Departamentos, queda manifiesto en el poco interés de las internas por el medio que les rodea. Las terapias se basan en grupos. Al recibir a la nueva paciente, se le hace su historia clínica, la entrevista psiquiátrica y en un tiempo futuro, no se tiene el menor contacto físico a menos de muchas peripecias de las pacientes o cuando la enfermedad es notable. El manejo de las pacientes es por medio de expedientes, de las razones o síntomas que de la enfermera al doctor, éste se concretará a prescribir los medicamentos para tranquilizarla, la aislará, etc..

Las oficinas de la Administración del hospital principalmente Trabajo Social, que es el contacto de la paciente y su medio familiar, presenta los mismos obstáculos para una efectiva comunicación entre ambos.

La paciente no tiene los reforzadores, consecuencias positivas que les hagan cambiar sus conductas psicóticas. Se evita el contacto físico, se trata con enfermeras, psicólogos, médicos, y sin embargo, la problemática de la paciente permanece inalterable.

¿Ofrecerá el medio reforzadores para que los síntomas desaparezcan?. ¿Habrá una contingencia ambiental que incremente el interés por el mismo? . ¿Manipulando variables ambientales se lograrán efectivos cambios en las conductas?

Si las pacientes han tenido en el transcurso de su internamiento una desatención y una privación de contacto físico, luego entonces, el cambio conductal se logrará manipulando aquellas variables de medio compuestas por la ATENCION DEL DOCTOR Y DE LA TRABAJADORA SOCIAL.

CAPITULO 1.

-PROBLEMAS DE CONDUCTA.

-LA PSICOLOGIA EN EL TRASTORNO
CONDUCTUAL.

-ESQUIZOFRENIA.

-RESUMEN DE LOS DIVERSOS TIPOS.
CLINICOS ESQUIZOFRENICOS.

PROBLEMAS DE CONDUCTA.

La conducta puede ser definida como la actividad externa de un organismo intacto en su interacción con el medio. Su -- esencial característica es el movimiento el cual es el resulltado de cambios externos o internos llamados estímulos. (Enciclopedia Britanica, 1971). 12.

El principal problema práctico de la conducta es su control. En muchas sociedades humanas la conducta sexual, por ejemplo, es altamente controlada por la ley y las costumbres, los desucuidos de éstos métodos de control producen serios problemas de divorcio, prostitución, crimen, delincuencia juvenil, etc. un severo control, por el contrario, puede producir también varias formas de deficiencias conductuales y enfermedades de las llamadas mentales. La solución sera: que las medidas de control deberán permitir libertad de acción. (Enciclopedia - Britanica, Vol.18, pags. 403 - 404). 12.

LA PSICOLOGIA EN EL TRASTORNO CONDUCTUAL.

Los objetivos de la moderna psicología experimental es tener una contribución hacia el tratamiento y sobre todo, a la - prevención de las conductas anómalas, y, aunque el camino ha sido corto, los resultados han sido muy productivos.

Para acelerar ese avance creemos necesario enfrentarnos directamente con quienes padecen deficiencias conductuales. - (D.O.Hebb, 1966). 14.

Estudemos la conducta anómala, decir esto se refiere al esudio de las diversas características motivacionales, familiares y sociales. Dicha deficiencia se produce porque está afectado el contenido de una o de varias características

de la personalidad o tal vez de todas pero de diferentes formas.

ESQUIZOFRENIA.

Uno de los trastornos de conducta más complicado en relación a su etiología y su rehabilitación es la esquizofrenia. Eugen Bleuler introdujo el término desplazando a la antigua concepción de Demencia Precoz.

Una de las características que rodean este trastorno es el retraimiento que les hace alejarse de su medio, aparte de que no existen relaciones interpersonales. (J.A.Brussel). 8.

RESUMEN DE LOS DIVERSOS TIPOS CLINICOS ESQUIZOFRENICOS.

Los tipos clínicos importantes están comprendidos dentro de las reacciones de Simple, Catatónica, Hebefrénica y Paranoide. Las características son las alucinaciones, delirios, reacciones que no tienen nada que ver con los estímulos y sobre todo, su perseverancia en determinada conducta o actividad. Para este tipo de individuo que sufren dichos trastornos no existen aparentemente estimulaciones dentro del medio hospitalario y social.

Reacción Esquizofrénica Tipo Indeterminado. En esta clase caen todos los pacientes que presentan características diferentes a los demás tipos de reacciones. Es un trastorno psicótico caracterizado por un apartamiento progresivo del medio ambiente. Hay deficiencia en la respuesta emocional.

Reacción Esquizofrénica Tipo Simple. Alteración gradual de la personalidad, hay apatía, preocupación y expresiones de disgusto a la vida por medio de una total indiferencia al medio que le rodea.

Reacción Esquizofrénica Tipo Catatónica. La falta de atención a los estímulos externos aunado a las fases de estupor y excitación hacen de este cuadro psicótico un manejo de rehabilitación difícil, hay perturbación en las posturas, por ejemplo, tono muscular.

Reacción Esquizofrénica Tipo Hebefrénica. Hay marcada tendencia hacia las fantasías, además de una total indiferencia. Hay manierismos infantiles.

Reacción Esquizofrénica Tipo Paranoide. Estado psicótico - caracterizado por ideas delirantes persistentes, generalmente de persecución o de grandeza. Dichos delirios por los cuales el paciente reacciona, son variables e ilógicamente asociados.

Reacción Psicótica Maniaco Depresiva. Son características las alteraciones en el proceso afectivo. Períodos de manía o depresión que se manifiestan gradual o abruptamente.

GENERALIDADES SOBRE REHABILITACION CONDUCTUAL.

¿Que puede atraer a las pacientes que padecen estos cuadros sintomáticos, los cuales señalan un apartamiento del medio ambiente? La respuesta nos la ofrece la modificación del mismo medio y la función terapéutica dependerá, precisamente, de un interés por el mismo a pesar de las adversidades que tales ambientes parecen presentar.

Consecuentemente a esto, se logrará una eliminación de sin
tomas.

La psicología moderna adapta procedimientos exitosos a -
circunstancias particulares como lo son los hospitales men
tales, resumidos en dos grandes aspectos.

a).- Reforzar las cualidades positivas del sujeto.

b).- Incrementar el interés por su medio. (Brussel). 8.

CAPITULO 2.

- ORIGENES DE LA MODIFICACION DE CONDUCTA.
- CONDUCTA OPERANTE.
- PRINCIPIOS DE REFORZAMIENTO.
- MODIFICACION DE CONDUCTA.
- DIVERSAS TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA.
- CONDICIONAMIENTO OPERANTE.

ORIGENES DE LA MODIFICACION DE CONDUCTA.

La noción de que los trastornos de conducta pueden ser adquiridos, no es ciertamente una novedad, para la ciencia de la conducta, sin embargo, con el énfasis sobre los mecanismos del aprendizaje más el contenido de lo que pueda ser aprendido, la adquisición toma un completo y único significado. (H.J. Eysenck y H.R. Beech, 1971).3.

Watson y Rayner (1920), en el estudio del pequeño Alberto, probablemente más que cualquier otro, se puede decir, que es el punto de origen de la modificación de la conducta.

Estos autores no solamente han manipulado y demostrado las posibilidades de establecer reacciones, sino que además, ponen adelante ideas experimentales que vienen a ser la parte central de la moderna modificación de conducta.

El procedimiento de Watson, para producir reacciones "emocionales" en Alberto, (infante de once meses), fué simple pero efectivo.

Una rata blanca fué ofrecida al niño, y un fuerte ruido fué hecho justo cuando Alberto llegaba a tocar el animal. La repetición, de esta asociación, entre el espantoso sonido y la rata blanca, produjo una reacción aversiva al animal. Un experimento simple, hasta entonces, efectivamente demostrado por la asocia---

ción de estímulos aversivos adquiridos y que pueden, en un momento dado, ser generalizados y persistentes. El destino de Alberto no es conocido, aunque era la creencia de que las nuevas respuestas "emocionales" adquiridas podrían continuar y modificar la personalidad a través de la vida.

Quizá lo más importante desde el punto de vista de los procedimientos terapéuticos contemporáneos fueron las ideas concernientes al recondicionamiento de las condiciones "emocionales" de la reacción. Watson notó que el que Alberto se chupara el dedo podía ser un aparato compensatorio para "bloquear el miedo". Esto fué llamado recondicionamiento y es una clara descripción de lo que es ahora la llamada terapia de inhibición-recíproca.

Las ideas terapéuticas de Watson fueron tomadas por Mary C. Jones (1924), en su estudio metódico de extinción de miedos en niños pequeños. El más exitoso fué el de asociar el estímulo que provocaba "miedo" a otro que evocaba una positiva (placentera) reacción en su célebre caso de Pedro.

Las contribuciones de Watson y Jones no fueron detalladas, las proposiciones teóricas no fueron bien desarrolladas, sin embargo, el aspecto sorprendente de esta pieza de la historia en que la importancia del condicionamiento a la adquisición de "miedos", y en que la idea básica de presentación gradual del estímulo, ha dado por resultado métodos terapéuticos efectivos y exitosos revividos por Herzberg (1945). (Eysenck y Beech). 3.

Esto involucra el estudio el cual vino a ser conocido como *Neurosis Experimental*, de hecho fué el que inició los méto--

dos empleados para producir en el laboratorio una variedad de trastornos de la conducta. Krasnogorski, 1925; Pavlov, 1927; Liddell, 1944; Masserman, 1943; Maier, 1949 y muchos otros.

(Eysenck y Beeck.). 3. - Posteriormente Masserman pone atención a la Imitación Social y a la Interacción Social como factores poderosos que influyen en el cambio de las conductas. Dollar y Miller, más recientemente nos proporcionan un sistema de terapias basadas en los principios del aprendizaje.

En años recientes están siendo aplicados convenientes puntos-de vista con relación a la naturaleza, causas y demás factores que intervienen en los desórdenes conductuales.

Los tratamientos modernos tienen en cuenta el aprendizaje social en las neurosis y en la enfermedad psicótica. La aplicación de todos los principios prácticos de la psicología producen las más modernas técnicas para lograr el cambio conductual.

CONDUCTA OPERANTE.

De particular importancia para el conocimiento con respecto a la dinámica del reforzador ha sido el trabajo de B.F. Skinner, (1938 y 1953). Skinner ha adoptado una nueva teoría, una aproximación descriptiva en el análisis de la conducta humana, sus resultados han sido de gran significación en la práctica de modificaciones de la conducta. El trabajo de Skinner ha sido analizado y discutido por Sidman (1960). (S.S. Pliskoff y Ferster). 17. La conducta operante puede ser definida como la conducta que está bajo control de sus consecuencias medioambientales, abrir la puerta, caminar en la acera, hablar, etc., son ejemplos de conductas operantes.

PRINCIPIO DE REFORZAMIENTO.

Cuando las consecuencias de la conducta sirve para incrementar la frecuencia de ocurrencia de esa conducta, nosotros -- nos referimos a la consecuencia como un reforzador. (S.S.Pliskoff y Ferster). 17. Un reforzador positivo abarca cualquier estímulo que tiene propiedades reforzantes o consecuencias reforzantes, y el reforzador negativo abarca la terminación del estímulo como una consecuencia reforzadora. El estímulo negativo es llamado también estímulo aversivo. El estímulo aversisivo contingente a la conducta decrementa la probabilidad de ocurrencia de ésta. Los reforzadores positivos más efectivos usados con humanos son varios: halagos, dinero, atención, premios, proximidad física, exploración de un nuevo medio etc. -- Los reforzadores negativos más usados son: electrochoques, -- desatención, aislamiento social, desaprobación, reprimendas etc. (Pliskoff y Ferster). 17.

El fortalecimiento de los componentes de una respuesta, ir al paballón, acercarse a tomar el vestido de cambio, dirigirse al baño etc., es mantenido si existen inmediatamente conse--cuencias reforzadoras. Dichas consecuencias reforzadoras positivas han demostrado su efectividad en la modificación de las conductas.

Programas de reforzamiento.- Existen dos tipos de programas de reforzamiento:

- a).- Continuo, reforzador cada que se presenta la respuesta.
 - b).- Intermitente, que difiere ante todo en que la ocurrencia de una respuesta específica es seguida de un reforzador.
- Reforzamiento intermitente ocupa la parte central en el análisis experimental de la conducta humana.

Escalas de Reforzamiento.- Las escalas de reforzamiento pueden ser utilizadas para el control de los patrones conductuales y para la creación de una nueva conducta. Nombraremos los tipos de escalas:

	fija	fijo
DE RAZON		DE INTERVALO
	variable	variable

Reforzamiento diferencial.- Se refiere al procedimiento en el cual el reforzador es administrado bajo la ocurrencia de varias conductas y no administrado o retenido en otras. El reforzador diferencial es responsable de la técnica llamada aproximaciones sucesivas. Cada reforzador puede ser contingente a la propiedad cualitativa e intensiva de la respuesta y el procedimiento puede ser usado para el cambio de las características topográficas de la misma. (Pliskoff y Ferster). 17.

Reforzador generalizado.- Fichas, sellos u otros símbolos (dinero por ejemplo), cambiales por una variedad de objetos o actividades, son el objeto del reforzador generalizado. No solo son convenientes en conductas individuales como reforzador sino también en lugares institucionales. El método que utiliza este tipo de reforzador se le llama economía de fichas o economía de reforzadores condicionados. 22. Sidman (1965), demostró como el valor reforzante de la ficha es fácilmente adquirido en personas psicóticas. (F.H. Kanfer y J. S. Phillips, 1970). 6.

MODIFICACION DE CONDUCTA

Abarca el cambio de conductas socialmente desviadas de una persona por medio de la aplicación directa de los principios generales psicológicos.

Este término puede ser aplicado a las diferentes técnicas -- usadas en el amplio espectro de la educación y de problemas conductuales.

DIVERSAS TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA

Técnicas utilizadas en el condicionamiento operante:

a).- Modelamiento

b).- Extinción

Técnicas de Albert Bandura (1961).

a).- Extinción

b).- Aprendizaje discriminativo

c).- Premios

d).- Imitación social

e).- Castigos

Técnicas de Grossberg (1964).

a).- Aversión

b).- Práctica negativa

c).- Condicionamiento positivo

d).- Retiro de reforzadores

e).- Desensibilización

Técnicas de Kalish (1965).

a).- Extinción

b).- Condicionamiento

En términos generales la modificación de conducta incluye:

1.- MODELAMIENTO

2.- CONDICIONAMIENTO OPERANTE.

MODELAMIENTO

El principio modelamiento implica los diversos cambios conductuales que se suceden en una persona por efecto de la imitación de un modelo o por el aprendizaje de los patrones de conducta que exhibe dicho modelo.

Las influencias del modelamiento producen diferentes tipos de efectos en los observadores dentro de un hospital mental:

- a).- Que los pacientes adquieran nuevos patrones de conducta.
- b).- Que exhiban nuevos tipos de respuestas.
- c).- Que haya un incremento de ocurrencia de esas respuestas.
- d).- El reconocimiento de estímulos apropiados para la producción de esas respuestas.

También abarca los siguientes procesos:

- a).- Proceso de atención
- b).- " " retención
- c).- " " reforzamiento y motivación
- d).- " " reproducción motora.

CONDICIONAMIENTO OPERANTE

El análisis de la interacción entre la conducta del organismo y el medio donde ocurre la misma, es la base central del llamado condicionamiento operante. La modificación de esa se hace con la manipulación directa de las respuestas del organismo o indirectamente a base de cambiar el medio (consecuencia contingentes), y es el objetivo primordial de la

y es el objetivo primordial de la estrategia planificada para una intervención terapéutica del tipo modificación de conducta .- (Kanfer y Phillips).6.

En la escala del estudio de la conducta, el condicionamiento operante, consiste en una serie de postulados acerca de la conducta y su medio. Es un grupo de técnicas y procedimientos para un estudio experimental en el laboratorio y en el medio real. El condicionamiento operante se refiere a la relación entre la conducta del organismo y su medio. El intensivo estudio del individuo, el énfasis de la observación objetiva, el registro de la conducta, la importancia de las consecuencias de la conducta, la naturaleza empírica de las escalas de la metodología operante.

El condicionamiento operante puede usarse en la modificación de la conducta anómala por las consecuencias de otras conductas diversas, en términos prácticos, abarca la manipulación sistemática del premio y el castigo. (G.S. Reynolds, 1968).3. Actualmente los programas de incentivos están siendo aplicados en grupos dentro de hospitales psiquiátricos. La técnica operante tiene la función de restaurar la competencia social y la confianza en sí mismo de pacientes con trastornos severos. (L.Krasner, 1971). 20.

En la rutina tradicional del hospital mental, de cuidar y reforzar la conducta dócil y su dependencia, la teoría del reforzamiento hace suficiente de sí mismo en las relaciones sociales.

Fichas, sellos, etc. (reforzadores condicionados), que son cambiables por objetos y actividades constituyen el objeto de la técnica Economía de fichas.

Esta es ampliamente usada en grupos institucionalizados. - (Ayllon y Azrin, 1968). 22.

T.Ayllon y N. Azrin, hicieron un intento para incrementar conductas de psicóticos hospitalizados, con la aplicación de los principios del condicionamiento operante. Las conductas eran con referencia a el cuidado personal y del pabellón. El reforzamiento para dichas conductas consistieron en oportunidades de efectuar actividades de alto nivel de ocurrencia por ejemplo, salir del pabellón, ir a la tienda del hospital, salir al pueblo más cercano, asistir a un servicio religioso. Se usaron fichas como reforzadores condicionados para cubrir el tiempo de retraso entre la conducta reforzadores y también para lograr la inmediatez del reforzador a la conducta. (T.Ayllon y N.Azrin, Medición y reforzamiento de conductas en psicóticos. J.Exp.-Anal. Behav. 1965, 8, 357 - 383). 22.

M E T O D O .

M E T O D O .

SUJETOS.- Nuestro tratamiento del tipo de modificación de conducta por medio de una economía de fichas (como reforzadores contingentes), fué aplicado a cien pacientes psicóticas crónicas, con un promedio de edad de 37 años de edad un promedio de tiempo internas de 5 años. La tabla 1 muestra una parte de los sujetos y sus características.

Lugar donde se llevó a cabo el experimento.-

Se escogió al azahar uno de los cinco pabellones que constituyen el conjunto hospitalario, el pabellón elegido fué el número cinco. (Ver Fig. 1 y 2).

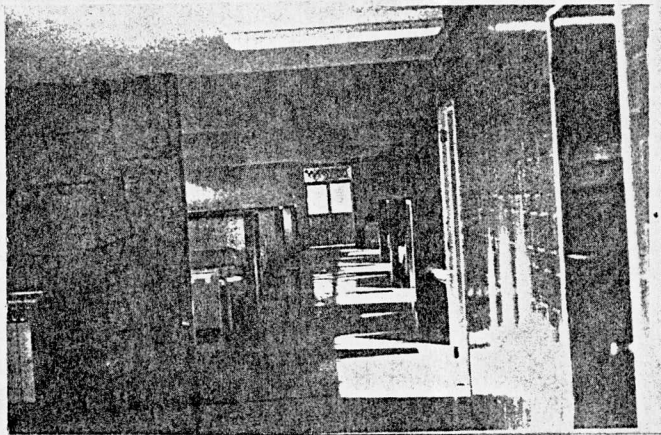


Figura 1.- Interior del Pabellón 5. La puerta que - está al final es la que comunica con la zona de lavado de ropa. La de la extrema derecha es la de aseo personal.

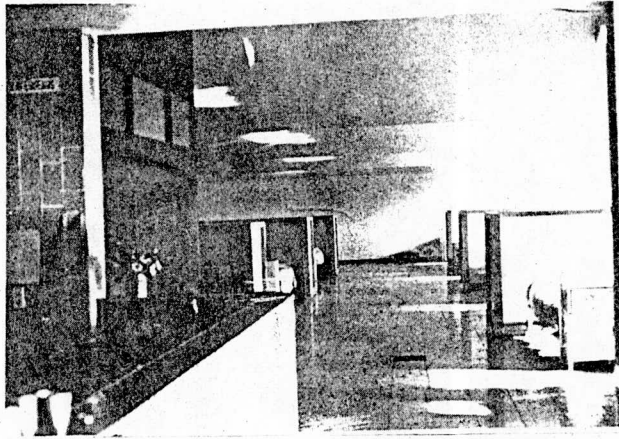


Figura 2.- Interior del Pabellón 5. La caseta que se ve a la izquierda es el consultorio y el mostrador de la extrema izquierda es el control de enfermería desde donde se tomaron los registros.

El número de pacientes fué constante durante la observación pre-tratamiento y durante el tratamiento. Dos pacientes es tuvieron encamadas por una afección física.

Por otro lado, las pacientes de terapias ocupacionales, en número aproximado de diez, no estaban presentes durante las primeras horas del estudio.

NOMBRE	EXPERIENTE	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	ESCOLARIDAD
A R C	369	32	F	Casada	Hogar	5o Primaria
H F F	359	43	F	Soltera	Hogar	Analfabeta
U Q A	71	42	F	Soltera	Hogar	2o Profesional
Q B C	1116	24	F	Soltera	Ninguna	1o Profesional
C C W	1016	33	F	Soltera	Ninguna	4o Primaria
V M R	49	49	F	Viuda	Ninguna	6o Primaria
C V M	323	52	F	Soltera	Ninguna	4o Primaria
G P A	768	44	F	Soltera	Hogar	4o Primaria
H J B	577	40	F	Casada	Hogar	Analfabeta
P B G	549	32	F	Soltera	Hogar	3o Primaria
L V L	239	43	F	Soltera	Hogar	-----
A C E	1240	43	F	Casada	Hogar	2o Primaria
A F A	688	73	F	Soltera	Ninguna	-----
R M L	1152	19	F	Soltera	Ninguna	Analfabeta
R M A	1118	24	F	Soltera	Ninguna	Analfabeta
L A S	131	52	F	Casada	Hogar	Primaria
G M J	584	49	F	Soltera	Hogar	3o Primaria
J O A	511	34	F	Soltera	Hogar	3o Primaria
C H J	1155	24	F	Soltera	Hogar	1o Primaria
H T O	415	49	F	Casada	Modista	Primaria

MARIA ... - MUESTRA DE PACIENTES DEL PABELLON 5 Y ALGUNAS DE SUS CARACTERISTI

FICHAS (O REFORZADORES CONDICIONADOS)

Las fichas que hacían las veces de reforzadores eran de forma rectangular, de 14 cms.de largo por 8 cms.de ancho, hechas en papel blanco. Eran del mismo tipo tanto para la atención médica como de trabajo social. En la parte inferior izquierda se anotaba un número que indicaba el tipo de reforzador que debía dar el médico y la Trabajadora Social, según la tabla de jerarquización de valores que se les dió de antemano a ambos. (Ver tablas 2 y 3). La figura 3 muestra el tipo de fichas.

VALIDO PARA UNA VISITA CON EL DOCTOR _____

PACIENTE _____

HORA _____ DE LA MAÑANA _____

LUGAR _____

DIA _____ MES _____ AÑO _____

No. _____ DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.

Fig.3.- Muestra de las fichas que se utilizaron en el tratamiento.

PROCEDIMIENTO.- La observación pre-tratamiento (L.B.) de nuestro trabajo fué como sigue: El horario fué de las 15 hrs. a las 19 hrs. Dentro de este intervalo se registraron las tres conductas objetivo. En este período no hubo instrucciones verbales para las pacientes ni para el personal de enfermería. Nuestro centro de observación era

era el control de enfermería (ver fig2), desde allí se tenía una visión completa de todas las conductas de las internas. El registro de línea base, incluyó la influencia del personal de enfermería sobre las conductas objetivo. El tiempo que duró este período fue de 12 días (o sea doce sesiones con el horario antes descrito).

TRATAMIENTO CONDUCTUAL.-

El tratamiento conductual contiene tres elementos básicos que regulan los principios de un tratamiento en la modificación de conductas mal adaptadas:

1).- Determinar cual o cuales conductas deben ser reforzadas.

a).- Aseo personal.

b).- Lavado de ropa.

c).- Cambio de ropa.

2).- Con qué frecuencia se reforzará:-

Cada vez que una de las anteriores conductas se presenta será reforzada inmediatamente. Dentro del horario que constituye cada sesión, además, se tomó en cuenta una jerarquización de valores de los vales. La jerarquización de las conductas fué como sigue: Si exhibía aseo personal una paciente, y posteriormente lavado de ropa, se reforzaba la primera y la segunda no. Si sucedía lo contrario se reforzaban ambas.

3).- Los medios con que se cuenta.-

El punto trascendental de nuestra tesis es la manipulación de estas dos variables ambientales que son:

*Atención médica: Duración 9 sesiones de 4 horas de duración
Una sesión diaria atención de trabajo social: Duración 5 se-
siones de 4 horas de duración. Una sesión diaria con el -
mismo horario de las 17 a las 19 hrs.*

*ATENCIÓN MÉDICA.- Luego de exhibida la conducta higiénica.-
se le reforzaba, en el vale se anotaba el número que le co-
rrespondía y se le daban instrucciones verbales para que vi-
sitara al doctor al día siguiente en un horario de 10 de la
mañana a 11 únicamente. Las pacientes se formaban a la --
puerta del consultorio. (Ver. Fig.4).*



*Figura 4.- Pacientes esperando su turno para la visita con
el doctor.*

El doctor al ver la lista de los valores de vales y cotejan con el número de vale que entregaba la paciente, se disponía a dar el reforzador indicado.

(Ver. Fig. 5 y la 6).

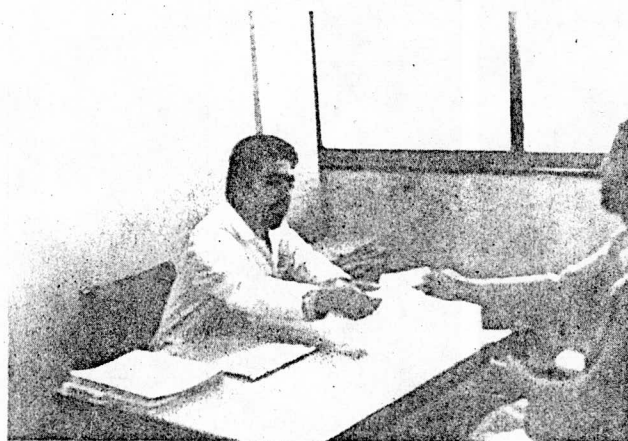


Fig.5.- Paciente entregando el vale al doctor. Notese el expediente de la paciente solicitado de antemano.



Fig. 6.- El doctor atendiendo la problemática de la paciente.

JERARQUIZACION DE LOS VALORES DE VALES DE LA SECCION DE ATENCION MEDICA.

<i>VALES.</i>	<i>CONTINGENCIA.</i>	<i>DURACION.</i>
<i>1 al 2</i>	<i>Contacto físico- Reforzador verbal positivo.</i>	<i>1 a 3 minutos.</i>
<i>3 a 5</i>	<i>Contacto físico - Reforzador verbal y atención a la problemática de su medicamentación.</i>	<i>3 a 5 minutos.</i>
<i>6 a 8</i>	<i>Contacto físico - Reforzador verbal positivo y atención a su problemática de sus interrelaciones personales.</i>	<i>5 a 7 minutos.</i>
<i>9 a 11</i>	<i>Contacto físico - Reforzador verbal positivo y atención a su problemática familiar.</i>	<i>7 a 10 minutos.</i>

Tabla 2.- Jerarquización de los valores de vales entregados en la fase de atención médica. El tiempo de duración de la consulta fué de gran importancia.

TRABAJO SOCIAL.- Dentro de este período se tomaron las mismas contingencias verbales para el cambio de las fichas, - el horario fué de 5 días. La jerarquización de los valores de los vales se muestra en la tabla 3, junto a los reforzadores verbales dados por la T.S. El horario del cambio de fichas fue de las 10 a las 11 de la mañana.



Figura 7.- La paciente entregando el vale.

*JERARQUIZACION DE LOS VALORES DE VALES DE LA SECCION DE -
TRABAJO SOCIAL.*

<i>VALES</i>	<i>CONTINGENCIA</i>	<i>CONTINGENCIA VERBAL.</i>
<i>1</i>	<i>Entregar lápiz y hoja</i>	<i>Muy bien- hagan su carta- si no saben escribir que alguien se las escriba.</i>
<i>2</i>	<i>Entregar sobre</i>	<i>Muy bien -Si ya hizo su carta póngala en el sobre.</i>
<i>3</i>	<i>Entrega de timbre</i>	<i>Muy bien -póngale el timbre-</i>
<i>4</i>	<i>Entregar la dirección</i>	<i>Muy bien -Si conoce otra dirección póngala en la carta.</i>
<i>5</i>	<i>Recibo de cartas</i>	

Tabla 3.- Todas estas situaciones sólo con el vale que precente el paciente; si trae más de un vale se le premia de acuerdo a el número menor y se recogen los dos vales.

RESULTADOS.

Estamos de acuerdo en que existe una fuerte exigencia para el sostenimiento de una ingeniería de la conducta; Una de tallada tecnología para la prevención de transtornos psico lógicos.

En un sentido práctico, lo que se busca son procedimientos más concretos y específicos para resolver problemas conduc tuales cotidianos. La psicología es, en gran parte, una ciencia aplicada.

Skinner, en el desarrollo de la teoría de la personalidad dice: --"Toda conducta es aprendida bajo reforzamiento y -- controlada por eventos ambientales. Los incentivos y condiciones ambientales determina la conducta de un organismo" (16 -Pags. 434, 435).

Hemos logrado un cambio en las conductas higiénicas de las pacientes psicóticas, mostrando un cambio en las instan-- cias ambientales que les rodean, aparte de la facilidad pa ra otorgar las fichas, registrar las conductas, el cambio de fichas, es necesario señalar lo económico que resultó -- dicho programa, además de que no se obstruyó en ningún mo mento las funciones diarias del hospital.

El interés que mostraron las pacientes por nuestro programa de ficheo se ve en los datos siguientes:

FASE A.- Se repartieron 157 fichas y se cambiaron 120.

FASE B.- Se repartieron 64 fichas y se cambiaron 42

Además se controlaron las variables que pudieran haber con taminado nuestro experimento:

a).- La influencia del Personal de Enfermería.

b).- La influencia conductual de otras pacientes.

c).- Los déficits medioambientales, como el desperfecto de la bomba de agua que surte pabellones.

En un programa de modificación de ciertos patrones de conducta no sólo las gráficas nos darán los resultados sino, - dinamicamente hablando, las interrelaciones personales entre la paciente y el médico son incrementadas además de la responsabilidad social, por efectos, como lo comprobaron - Skinner y Tilton del reforzador. (L. Sechrest y J. Wallace - 1971).

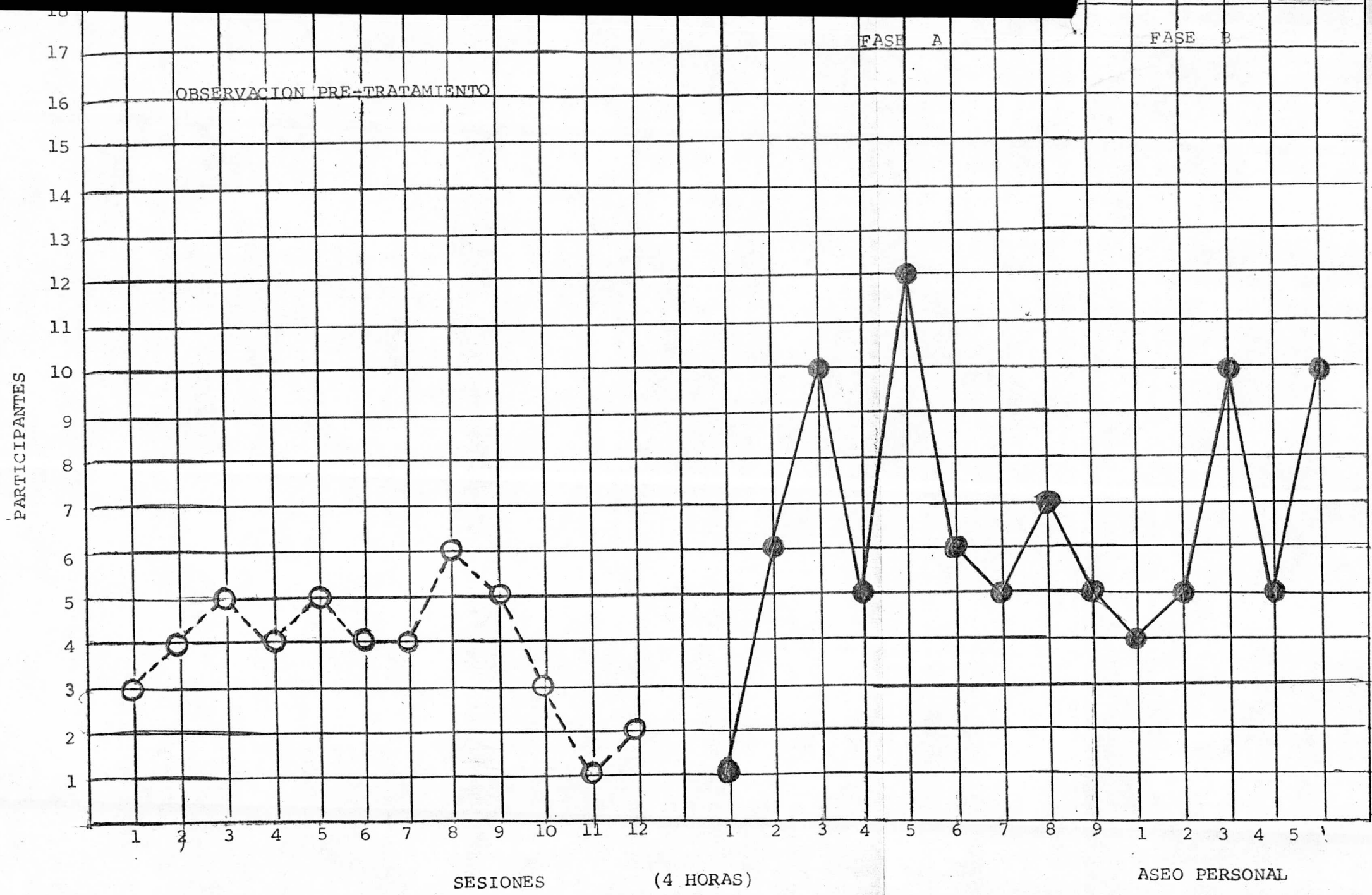
En otras palabras, además de haber incrementado las conductas operantes adaptadas, se han eliminado momentáneamente - varios síndromes patológicos característicos de los trastornos psicógenos.

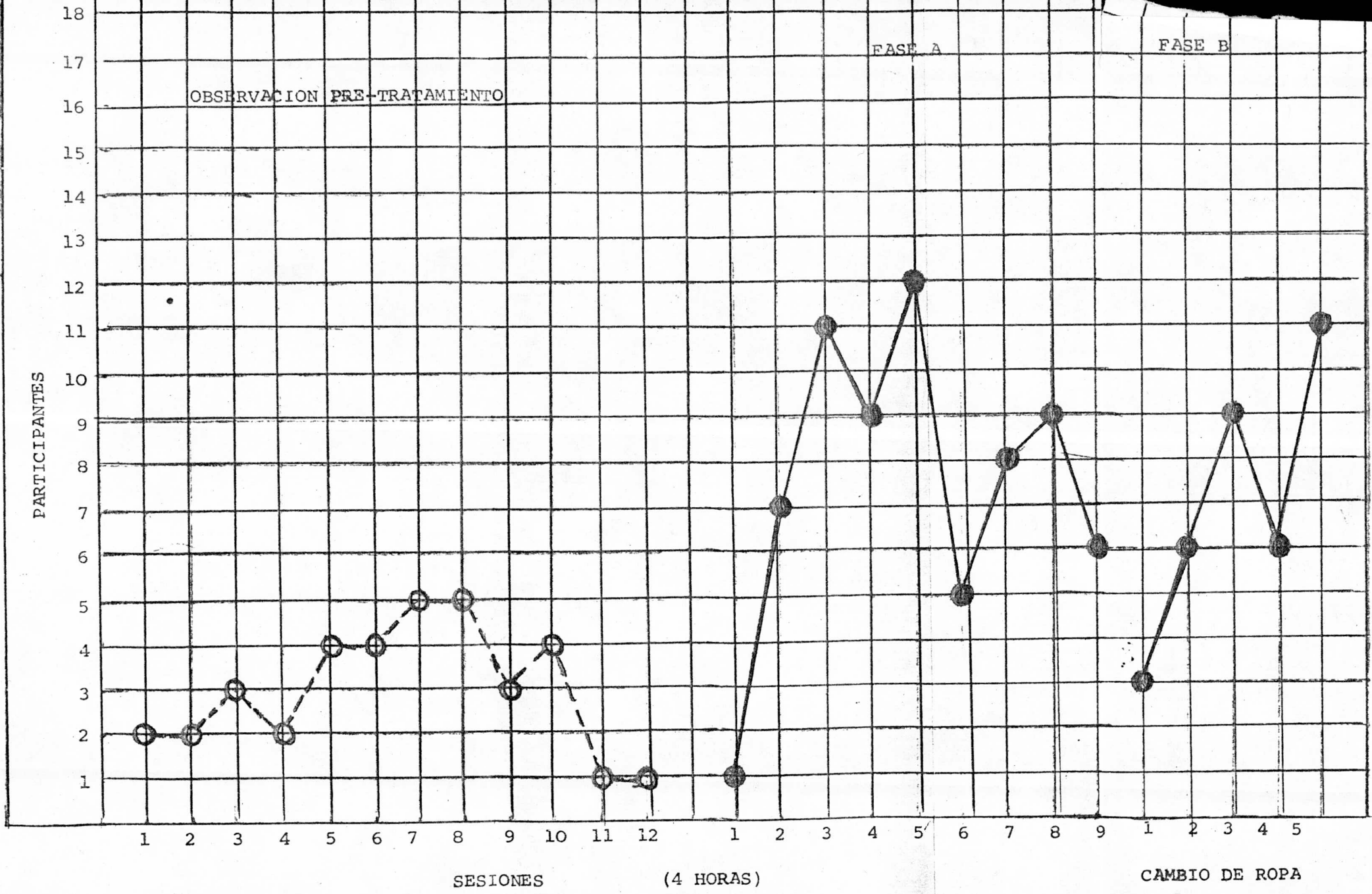
La enfermedad mental no es solamente un síntoma o una difunción neurológica, sino un competente de los más amplio y - complejo de patrones de conducta psicosocial. (Szasz). (J. A. Dyal, 1967).

Todo lo que la paciente exhiba tiene o ha tenido repercusiones directas en la sociedad donde vive, en este caso un hospital.

Nuestro trabajo trata de enfocar el problema en ese sentido, exhibe conductas adaptadas por las consecuencias que le presentamos. Este trabajo tal vez tenga una connotación eminentemente conductivista, más en ningún momento se olvidaron las instancias que rodean el amplio espectro de la Psicología General. Ver el organismo como una entidad de fe-

nómenos físicos publicamente observables es el propósito -
futuro de la Psicología Moderna y la manipulación de las -
circunstancias ambientales que rodean ese organismo, puede
aplicarse al campo de acción del Psicólogo.





PARTICIPANTES

17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

OBSERVACION PRE-TRATAMIENTO

FASE A

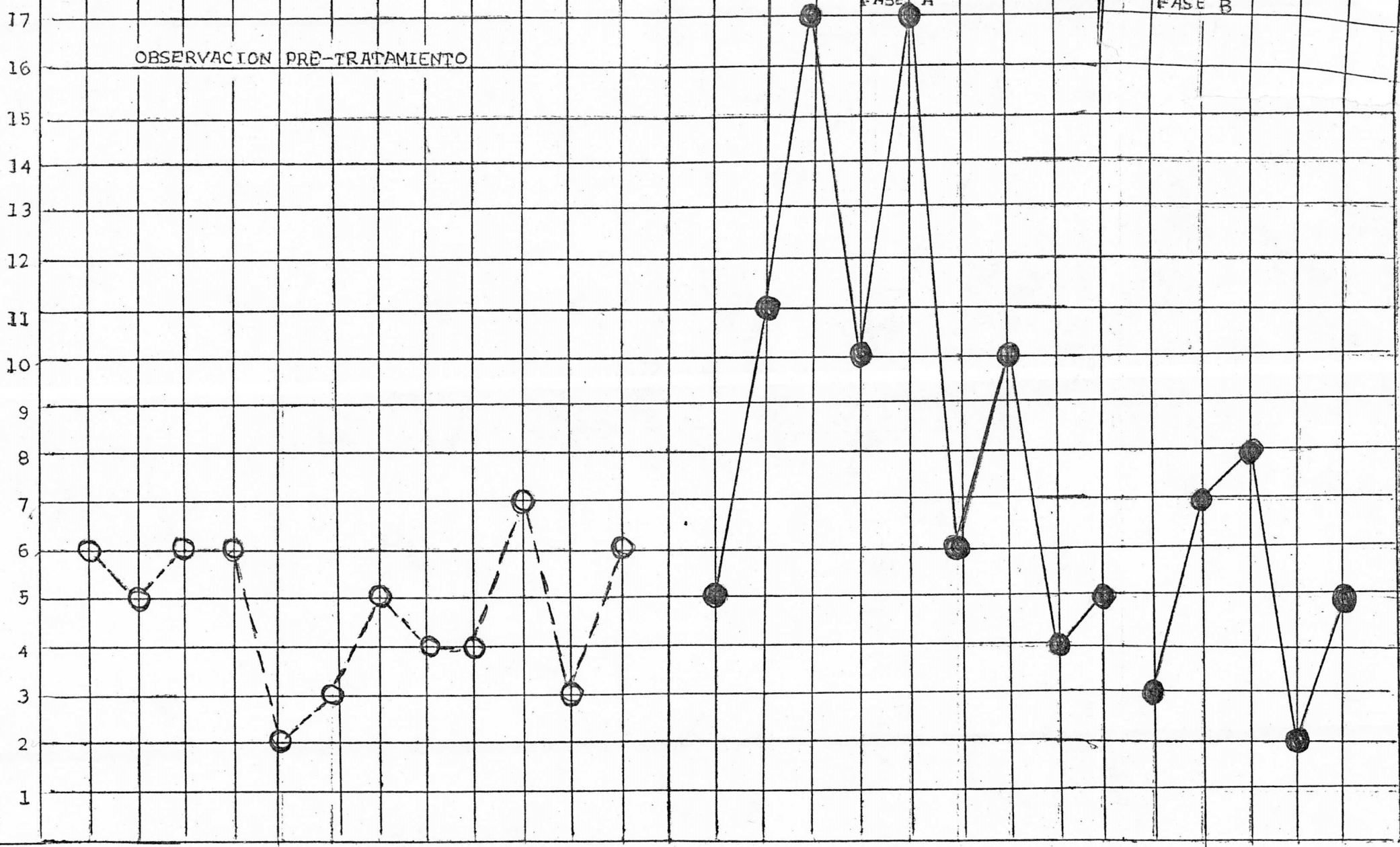
FASE B

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5

SESIONES

(4 HORAS)

LAVADO DE ROPA



BIBLIOGRAFIA.

- 1.- B.F. Skinner. *Más allá de la libertad y la Dignidad*, Editorial Fontanella S.A. 1971.
- 2.- B.A. Maher. *Principios de Psicopatología*. España Ed. McGraw Hill, Inc. 1970.
- 3.- A.E. Bergin, S.L. Garfield. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. U.S.A. John Wiley & Sons, Inc. - 1971.
- 4.- L. Sechrest, J. Wallace. *Psychology and Human Problems* U.S.A. Merril Publishing Company; 1967.
- 5.- H.M. Proschansky, W.H. Ittelson, L.G. Rivlin. *Environmental Psychology*. U.S.A. Holy, Rinehart and Winston, Inc. 1970.
- 6.- F.H. Kanfer, J.S. Phillips. *Learning Foundations of - Behavior Therapy*. U.S.A. John Wiley & Sons, Inc. 1970.
- 7.- *Reading from Scientific American. Contemporary Psychology* U.S.A. W.H. Freeman and Company. 1971. Pags. - - 387- 394.
- 8.- J.A. Brussel. *Psiquiatría al alcance de todos: México*. Compañía Editorial Continental, S.A. 1967.
- 9.- D.W. Mathenson, R.L. Bruce, K.L. Becauchamp. *Introduction to Experimental Psychology*, U.S.A. Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1970.
- 10.- W.I. Gardner. *Behavior Modification in Mental Retardation*. U.S.A. Aldine Atherton, Inc. 1972.
- 11.- F.J. McGugan. *Psicología experimental*. México: Ed. - Trillas 1972.
- 12.- *Encyclopedia Britannica*. W. Benton Publisher. Londres 1971. Vols. 3 y 18 Pags. 395 - 403.
- 13.- *American Practitioner & Digest of Treatment*. 1960. - Pags. 4 - 287.
- 14.- D.H. Hebb. *Psicología*. México: Ed. Interamericana, S.A.

1966. Pags. 10, 92, 273.

- 15.- *Psicología de los niños y jóvenes marginados*. Ed. -- Prentice Hall Internacional. Madrid. 1973.
- 16.- *Psychology Today an Introduction. Second Edition*. Del Mar, California: U.S.A. CRM Books. 1972 pags. 434-435.
- 17.- Stanley S. Pliskoff y Charles B. Ferster. *Enciclopedia of Psychology*. 1972. Pags. 135 a 143. U.S.A.
- 18.- J.A. Dyal. *Readings in Psychology*. U.S.A. McGraw Hill, Inc. 1967. Pags. 435 - 459.
- 19.- King A. Richard. *Readings for an Introduction to Psychology* U.S.A. Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1973. Pags. 82,- 87. 340 - 346 355.
- 20.- L. Krasner y L.P. Ullmann. *Behavior Influence and Personality*. U.S.A. Holt, Rinehart and Winston, Inc. -- 1973. Pags. 82 - 87 - 277 - 287.
- 21.- S.W. Bijou y E.R. Iñesta. *Modificación de conducta*. - México Ed. Trillas. 1973. Pags. 11 - 21 - 226 - 247.
- 22.- T. Ayllon y N.H. Azrin. *Economía de Fichas. Un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación*. Ed. Trillas. México. 1974. Pags. 219 - 220.