



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"**

**ENTRENAMIENTO DE LA DESTREZA DE MODALES
EN LA MESA, EN PACIENTES MENTALES CRONICOS
HOSPITALIZADOS:
UN ANALISIS COSTO-EFECTIVIDAD**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

VERONICA GUADALUPE DOMINGUEZ MEDINA

1992



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

| | PAGINA |
|--|--------|
| I.- PROLOGO | 1 |
| II.- INTRODUCCION | 3 |
| III.- MARCO CONCEPTUAL | 5 |
| -ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL | |
| -INVESTIGACION CON PACIENTES RETARDADOS EN LA DESTREZA DE COMER. | |
| -ENFOQUE DE TRATAMIENTO PSICOSOCIAL | |
| -PROGRAMA DE APRENDIZAJE SOCIAL | |
| -MODELO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION "LA FAMILIA ENSEÑANTE" | |
| -INSTRUMENTO DE EVALUACION CONDUCTUAL, APLICADO A PACIENTES MENTALES CRONICOS HOSPITALIZADOS. | |
| IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 46 |
| V.- HIPOTESIS | 47 |

| | | |
|--------|---------------------------|----|
| VI.- | OBJETIVOS | 48 |
| VII.- | METODO | 51 |
| | -SUJETOS | |
| | -ESCENARIO | |
| | -MATERIALES | |
| | -INSTRUMENTOS | |
| | -VARIABLE INDEPENDIENTE | |
| | -VARIABLE DEPENDIENTE | |
| | -DEFINICION DE RESPUESTAS | |
| | -TIPO DE REGISTRO | |
| | -CONFIABILIDAD | |
| | -DISEÑO EXPERIMENTAL | |
| | -PROCEDIMIENTO | |
| VIII.- | RESULTADOS | 72 |
| IX.- | CONCLUSIONES | 85 |
| X.- | ANEXOS | 91 |
| XI.- | BIBLIOGRAFIA | 98 |

P R O L O G O

El presente trabajo, tiene como finalidad evaluar un Programa de Entrenamiento Conductual para pacientes mentales crónicos hospitalizados, en el establecimiento de la destreza de "Modales en la Mesa", el cual se llevó a cabo en el Hospital Granja "La Salud Tlazolteotl", dependiente del Instituto de Salud del Estado de México.

La inquietud de trabajar en el campo de la Salud, radica en un interés profesional, siendo éste el deseo de conocer y poseer las herramientas necesarias (Técnicas y/o Procedimientos), que ayuden a que el paciente mental se rehabilite e integre a su comunidad de origen.

En la actualidad contamos con investigadores mexicanos (Quiroga, Vite, Cortés, Cárdenas, Domínguez y Mata), dedicados al campo de la Salud Mental, que han dirigido sus esfuerzos a crear nuevas formas de tratamiento y rehabilitación hacia el paciente mental.

Uno de estos Modelos lo constituye un programa de tratamiento denominado "Aprendizaje Social", fundamentado en la aproximación "Psicosocial", como una alternativa al tratamiento "Psicofarmacológico" prevaeciente. Por lo que el presente trabajo fué realizado bajo este modelo.

Para la elaboración del mismo, se hace un sincero reconocimiento y agradecimiento al Mtro. Ariel Vite Sierra, Investigador responsable del programa, por las asesorías, comentarios y sugerencias.

INTRODUCCION

El objetivo del presente trabajo, fué evaluar el Programa de Entrenamiento Conductual, derivado del desarrollo del material de investigación de la instrumentación del Modelo de "Aprendizaje Social", para el tratamiento del paciente mental crónico hospitalizado, en el establecimiento de la destreza de "Modales en la Mesa", teniendo como parámetro de evaluación:

- a).- La efectividad en la adquisición de la destreza.
- b).- La rapidez con la que se adquiere la destreza.
- c).- El costo total del entrenamiento.

Para la consecución de dicho objetivo, se seleccionaron a tres pacientes mentales crónicos, con un diagnóstico de Oligofrenia (retraso mental), que recibían tratamiento bajo el citado modelo, y se utilizó un diseño de línea base múltiple a través de sujetos.

Los resultados del estudio muestran, de manera general, que los procedimientos que contempla el Programa de Entrenamiento Conductual fueron efectivos, ya que propiciaron en los tres pacientes seleccionados, la adquisición total de los componentes en que se fragmentó la destreza de "Modales en la Mesa", en un tiempo relativamente corto y con un costo de entrenamiento bajo.

Las perspectivas que ofrece el presente estudio, indican que se cuenta con un Programa de Entrenamiento Conductual efectivo, que permitirá proporcionar tratamiento al paciente mental crónico hospitalizado, en aquellas áreas que la investigación ha identificado como cruciales para su tratamiento y eventual rehabilitación.

MARCO CONCEPTUAL

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMEDAD MENTAL

Cada sociedad desarrolla métodos espontáneos de identificar a las personas peculiares, especiales, o a las que de alguna forma llaman la atención, porque presentan características diferentes a la mayoría de la gente, individuos con deformaciones físicas, daño orgánico, amputaciones, paralíticos, retardados mentales, etc., son fácilmente identificados.

Antiguamente los leprosos v.g., por su condición eran separados de la sociedad y colocados en lugares específicos conocidos como leprosarios donde se quedaban hasta el final de sus días. Existía el peliario y el miedo de parte de la gente al contagio de la enfermedad, por lo tanto, los leprosos eran segregados en sitios lejanos a la comunidad.

Un problema parecido ocurrió con otro tipo de personas, quienes eran identificadas como diferentes o extrañas por su forma de ser y por la conducta que exhibían. El planteamiento inicial del problema partió de una demanda social, basada nuevamente en el miedo al contagio o adquisición de estas conductas. Para que esto no ocurriera, se consideró que "algo" había que hacer con estos individuos que aparecían como seres extraños o diferentes al resto de la gente; ese "algo" consistió en crear y buscar lugares donde pudieran ser

recluidos.

Inicialmente, estos lugares de confinamiento fueron instituidos como una forma de castigo. El punto de vista, que prevalecía entonces, se refería a que estos individuos eran "bestias dementes", que sólo podían ser controlados con cadenas y disciplinados con castigos físicos, Korchin (1974). Esta visión inicial fue cambiando, en el sentido de que los lugares de reclusión debían servir como refugio para la protección y cuidado de estos individuos.

La problemática que representa el paciente mental crónico, siempre ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, provocando una variedad de sentimientos, como son: temor, asombro, risas y rechazo, pero la solución a tal problemática aún permanece alejada.

Esta situación se ha traducido en una serie de esfuerzos de diversa índole partiendo desde las épocas en que la "enfermedad mental" se interpretaba como el resultado de la posesión de espíritus malignos, por lo que la práctica del exorcismo era común, así como los rituales mágicos y el encadenamiento, pasando por conceptos organicistas, con el empleo de la terapia electroconvulsiva, el shock insulínico, la

lobotomía, la creación de instituciones de custodia, hasta llegar a la década de los 50's con el desarrollo de los psicofármacos, que da inicio al tratamiento "Psicofarmacológico", el cual conceptualiza a la conducta "patológica" o "irracional", como el resultado de una alteración de la bioquímica cerebral, por lo que considera que dicha perturbación es la directamente responsable de la enfermedad subyacente, señalando que para su tratamiento se deben emplear los psicofármacos (Alexander y Selesnick, 1979; Schneck, 1969).

Por otro lado, se ha puesto en evidencia, el tipo de ambiente y condiciones tipo custodia que a la larga suele generar, un ambiente en continuo deterioro que propicia un conjunto "típico" de conductas de abandono, descuido, dependencia, apatía, irresponsabilidad, etc., que conforman, lo que algunos autores han denominado, síndrome de "desculturalización" (Goffman, 1961); "institucionalización" (Paul, 1969) o de "aislamiento social" (Gruenberg, 1967).

A pesar de que se han obtenido resultados con cierta efectividad en la aplicación de esta concepción, según Ellsworth, 1975; Ludwig, 1971; Ullman y Krasner, 1975; Wing y Brown, 1970 (citados por Quiroga, Rodríguez, Cárdenas, Vite, Mata, Molina y Ayala, 1984), en general se ha observado que resulta ineficaz con aquellos pacientes que

presentan problemas en los que subyacen una etiología de origen orgánico, y que no responden rápidamente a los esfuerzos del tratamiento. Esto ha provocado que la mayoría de los hospitales psiquiátricos, presenten condiciones que eliciten en los pacientes conductas "regresivas", más que comportamientos normalizantes (Stuart, 1970; Gruenberg, 1979; Goffman, 1961), (Idem).

Al respecto la probabilidad que tiene el paciente mental de ser dado de alta y permanecer en la comunidad después de dos años de estar bajo esta modalidad de tratamiento, es de 6%. Así también, el índice de readmisiones de los pocos que suelen ser dados de alta, es de 72%. Dadas las condiciones actuales y el desarrollo en el área de los psicofármacos, se ha estimado que estos datos no presentarán variaciones significativas en lo que resta del presente siglo (Gurel, 1966; Hassall y Cois, 1975; Kramer y Cois, 1961; Ullman, 1967).

INVESTIGACIONES CON PACIENTES RETARDADOS EN LA DESTREZA DE COMER

La relevancia que tiene la comida para el hombre, considerándola como elemento esencial para la vida, ha dado lugar a amplios estudios. Médicos, dietistas, psicoanalistas, psicoterapeutas y otros especialistas, han externado sus puntos de vista sobre la

alimentación y las conductas que se presentan en ella.

Los Médicos hacen hincapie en determinados aspectos como son: el establecimiento de normas de higiene, la formación de hábitos a la hora de comer y el seguimiento de una dieta equilibrada.

Los Psicoterapeutas se interesan más por estudiar las causas de los trastornos alimenticios como son: la anorexia o falta de apetito, el rechazo de ciertos alimentos, etc.

Para los Psicoanalistas, el alimentarse por primera vez representa, para el infante, alivio para la incomodidad física y la tensión. En la madurez el aliviar el hambre produce un estado de satisfacción, por el contrario la privación de alimentos produce sentimientos de ira y tensión, el comer en exceso es consecuencia de una situación de angustia; consideran en general que la mayoría de las alteraciones que ocurren en la alimentación tienen como objeto satisfacer simbólicamente alguna necesidad psicosocial.

Es poca la literatura que existe acerca del establecimiento de conductas para comer, los antecedentes que se encuentran, hablan de los principios que rigen la conducta, su metodología y sus -

ulteriores avances, que permitieron el desarrollo de un conjunto de técnicas de modificación de conducta denominado "Análisis Conductual Aplicado". A través de él se han llevado a cabo diversas investigaciones, en donde se ha utilizado la comida como reforzador positivo, ya que ha demostrado ser efectiva para todos los organismos estudiados. Las técnicas que se utilizan con más frecuencia en el establecimiento de estas conductas son las siguientes: reforzamiento positivo, imitación, seguimiento de instrucciones, instigación física, tiempo fuera parcial, tiempo fuera total, reprimendas, moldeamiento, desvanecimiento. Una de las principales ventajas de estos programas, es que casi son los únicos que no requieren de reforzadores especiales, ya que la conducta terminal comer, es reforzante por sí misma.

Entre las primeras investigaciones realizadas se encuentra la de Bensberg, Colwell y Cassel (1965), donde entrenaron a 6 sujetos retardados profundos durante 7 meses a utilizar correctamente la cuchara.

Kerm Henriksen y Richard Doughty (1967) llevaron a cabo un estudio, con el objeto de determinar cuáles eran las conductas indeseables que presentaban los sujetos en la mesa con mayor frecuencia y decrementarlas, ésto se hizo con 4 adolescentes retardados, los

cuales carecían por completo de lenguaje; cuando ellos emitían conductas inadecuadas, recibían desaprobación facial y verbal por parte del entrenador, las conductas adecuadas también eran reforzadas.

Zeiler y Jervey (1968), diseñaron un experimento para enseñar a comer a una retardada microcefálica de 15 años de edad y con una madurez social de 7 meses, no hablaba y carecía de control de esfínteres, previamente se había intentado trabajar con ella sin obtener resultados satisfactorios. Utilizando las técnicas de moldeamiento y reforzamiento positivo durante 46 sesiones, la niña aprendió a manejar la cuchara correctamente y a beber de una taza.

Patterson y Overch (1968), ante el problema que plantea la cantidad de atención que requerían los programas de autocuidado (este aspecto es de gran importancia, ya que uno de los objetivos primordiales es lograr que los sujetos realicen estas conductas por sí mismo), desarrollaron un programa para reducir esta clase de ayuda mediante la técnica de desvanecimiento; inicialmente el experimentador tomaba la mano del sujeto ayudándolo a ejecutar las conductas requeridas conforme el niño iba progresando, esta ayuda pasaba del antebrazo, al codo, al hombro y por último se retiraba.

ENFOQUE DE TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Como consecuencia de los resultados del enfoque Psicofarmacológico, se ha dado origen al surgimiento de una aproximación "Psicosocial" (Paul, 1969.b), la cual analiza las dos principales dimensiones que inciden en la situación del paciente mental crónico hospitalizado: la primera, se refiere al grado de interacción, de las características propias del paciente mental, con la de los ambientes hospitalarios, señalando la ineficacia de las prácticas de tratamiento tradicionales en combinación con las características particulares del escenario psiquiátrico, que representaron un peso mayor, en comparación con las características propias de los pacientes (Gruenberg, 1967; Zusman, 1966) y; la segunda, a los datos que reportan los análisis de estudios retrospectivos de pacientes dados de alta, los cuales señalan que la probabilidad de que un paciente permanezca en la comunidad, después de ser externalizado, está en función de su propia conducta, de factores ambientales y de la interacción de ambos factores, lo que ha sido validado a través de estudios empíricos (Allyon y Azrin, 1968; Shaefer y Martin, 1966) y desde la perspectiva de los teóricos de la interacción social (Goffman, 1961; Ullmann, 1967). Asimismo, esta aproximación ha identificado cuatro áreas de repertorio y destrezas conductuales significativas, en las que los pacientes crónicos hospitalizados suele presentar déficit y excesos conductuales importantes, y que, por lo tanto, deben ser considerados

en cualquier intento de tratamiento con fines de rehabilitación. El programa se estructura de acuerdo a estas áreas:

1).- Resocialización: que incluye repertorios de autocuidado, interacción interpersonal, de comunicación y recreacional.

2).- Instrumental: que incluye repertorios de prevocacionales, vocacionales, prelaboral, laboral, aseo de la vivienda y vida independiente.

3).- Control de conducta Bizarra: que incluye el decremento o reducción de trastornos del pensamiento, verbales, de la percepción, del afecto, motores, de las relaciones interpersonales y de la orientación sexual.

4).- Reintegración comunitaria: que incluye repertorios de adherencia al tratamiento, uso de servicios comunitarios y de reintegración familiar.

En lo que respecta a nuestro país, los estudios realizados con este tipo de población, en hospitales psiquiátricos, indican que el 81% del total de pacientes internados, está conformado por pacientes crónicos (Rodríguez, 1980), lo que aunado con los resultados poco eficaces del tratamiento "Psicofarmacológico", los altos índices de

internamiento, los bajos promedios de externalización e incremento considerable en las readmisiones, han ocasionado severos problemas de índole financiero (Pucheu, 1981).

Esta situación se refleja ostensiblemente, en el estudio de características demográficas de la población, realizado por De la Parra y Cols. (1983), en los diversos hospitales psiquiátricos federales, dependientes de la Secretaría de Salud.

La población registrada al inicio de la investigación fue de 2482 pacientes, de los cuales se logró entrevistar a 2141 (86%), distribuidos en los nueve hospitales.

| | |
|-------------------------|-----|
| Hospital Campestre | |
| "Dr. Adolfo M. Nieto" | 21% |
| Hospital Campestre | |
| "Dr. Fernando Ocaranza" | 21% |
| Hospital Campestre | |
| "Dr. Samuel Ramírez M." | 16% |

| | |
|------------------------|-----|
| Hospital Campestre | |
| "Dr. José Sáyago" | 14% |
| Hospital Granja | |
| "La Salud Tlazolteotl" | 12% |
| Hospital Campestre | |
| "Dr. Rafael Serrano" | 9% |
| Hospital Granja | |
| "Cruz del Norte" | 3% |
| Hospital Granja | |
| "Villahermosa" | 2% |
| Hospital Granja | |
| "Cruz del Sur" | 2% |

De la población estudiada (N=2141), el 51% son mujeres, mientras que el 49% son hombres.

La edad se distribuyó de la siguiente manera: el 2% son

menores de 13 años, 2% está entre 13 y 17 años, el 11% está entre 18 y 24 años, el 20% entre 25 y 34 años, el 31% está entre 35 a 49 años y un 25% son mayores de 50 años.

Con lo que respecta al medio del cual éstos proceden, se observó que el 40% son del medio rural, mientras que el 37% nacieron en el medio urbano.

En relación al estado civil, el 74% son solteros, el 7% son casados o viven en unión libre y el 4% son separados o divorciados, mientras que el 3% son viudos.

En cuanto al nivel socioeconómico, más de la mitad de los pacientes provienen de nivel bajo, siendo éstos un 58%; de nivel medio un 15% y un 3%, de nivel alto.

En relación con la escolaridad, el 46% son analfabetas y el 50% saben leer y escribir, entre ellos el 40% cursó la primaria, el 5% la secundaria y el otro 5% realizó estudios superiores (bachillerato y/o carrera profesional), aunque cabe aclarar que una mínima parte completó sus estudios.

En cuanto a la ocupación, se obtuvieron los siguientes datos: el 46%, siendo casi la mitad de la población, no ha desempeñado oficio alguno, el 11% está dedicado a actividades no remuneradas, como por ejemplo, el trabajo desempeñado por las amas de casa, el 9.5% han sido empleados domésticos y sólo el 6.5.% desempeñaron trabajos como obreros especializados o de la construcción. En el caso de las mujeres el 50% de ellas han carecido de oficio, el 22% han practicado labores domésticas y sólo el 19% fueron empleadas principalmente en trabajos de servidumbre. En los hombres el 40% no cuenta con oficio alguno, el 24% han sido empleados de almacenes, oficinas, fabricas e industrias de la construcción y el 21% se dedicaron a las labores agropecuarias y de jardín como principal ocupación.

En relación con la edad, el 94% de los menores de 18 años, informaron no contar con ocupación alguna; el 69%, de 18 a 24 años, tampoco cuentan con ocupación y sólo el 9% han practicado labores de campo y de jardinería; el 55%, de 25 a 35 años, no tienen oficio, el 14% fueron empleados y el 12% laboran en el campo; el 36%, de 35 a 49 años, no cuentan con oficio, el 25% fueron empleados y el 15% trabajaron en labores del campo.

En lo que respecta a las familias, el 56% proviene de

familias desintegradas, mientras que el 27% proviene de familias integradas.

Con respecto a la salud y específicamente a la invalidez, el 19% padece una invalidez de consideración que en mayor o en menor grado le impide participar de las actividades que se desarrollan en el hospital, el 14% su invalidez es parcial, mientras que el 5% su invalidez es total.

En cuanto al estado general de nutrición, el 34% es bueno, el 49% es regular, mientras que el 14% es malo.

Con respecto a su estado físico, el 5% de los pacientes son mudos, el 2% son paralíticos, al igual que el ciego; el 8% padece algún tipo de invalidez no especificada. En la mayoría de los pacientes existen indicaciones de padecimientos en aparatos y sistemas: el 18% en el sistema nervioso central, el 16% en órganos de los sentidos, el 15% en piel, el 14% en el aparato musculoesquelético, el 12% en el aparato gastrointestinal, el 6% en el respiratorio, el 5% en el sistema cardiovascular y el 4% en el aparato genital.

En cuanto a la capacidad de comunicación y relación social,

el 46% entabla relaciones ocasionales con otro miembro del hospital o familiares, el 29% nunca se le ve acompañado y evita, con mayor frecuencia, relacionarse con los demás. Una cuarta parte, el 23%, es capaz de buscar compañía frecuente y espontáneamente.

Al realizar actividades grupales, el 56% se niega a participar en este tipo de actividades, el 39% las realiza frecuente y espontáneamente, y una mínima parte de la población, el 1%, las realiza si se le invita o estimula a ello.

En lo que respecta a las rutinas del hospital, el 78% sigue la rutina del hospital, obedece las órdenes médicas y no representa una fuente de conflicto para la Institución, el 28% usa y mantiene pulcritud en sus prendas de vestir, contra un 70% que no lo hace. El 77% es capaz de sentarse a la mesa para comer y menos de la mitad de la población emplea cubiertos cuando lo hace.

De acuerdo con su diagnóstico, se demostró que el predominante fue, en un 34%, esquizofrenia; un 24%, epilepsia; un 21%, retardo mental; un 12%, psicosis orgánica; el 3% demencia y el 2% farmacodependencia y alcoholismo.

Aunado a la categoría diagnóstica, dentro de la cual podría ubicarse a cada uno de los pacientes, ésta pretendió determinar el motivo del último internamiento: el 35% tuvo una recaída en el padecimiento, debido principalmente al abandono del tratamiento, el 21% fue por la incapacidad para valerse por sí mismo, y el 6% fue internado debido a su franca agresividad para con los demás.

En cuanto al motivo de internamiento de primer ingreso a una institución psiquiátrica, un 50% ingresaron por padecer un brote psicótico, el 20% por estado crónico, el 16% por incompetencia social, el 6% por conducta peligrosa hacia los demás y sólo un porcentaje mínimo, el 1%, por riesgo suicida.

En cuanto al tratamiento farmacológico que reciben actualmente los pacientes estudiados, el 45% ingieren neurolepticos, el 25% anticonvulsivantes barbitúricos y no barbitúricos, el 16% ansiolíticos y, el resto, otro medicamento.

Los programas terapéuticos más empleados son un 48% de tipo recreativo, el 47% de tipo ocupacional; mientras que el 3% y 2% son psicoterapias individual y grupal, con un grado mínimo de aplicación.

En cuanto a la rehabilitación, el 20% de los casos puede ser dado de alta y manejado en consulta externa, ya que la familia acepta hacerse cargo del paciente; el 66%, siendo la gran mayoría de los pacientes, debe permanecer internado principalmente por la incapacidad que tiene para cuidarse de sí mismo y a su incompetencia social.

Se considera que el 68% de los pacientes internados son susceptibles de ser incorporados a algún programa ocupacional de rehabilitación, el 34% puede ser incluido en labores de servicio a la Institución, el 17% en un programa artesanal y el 12% en un programa agropecuario.

Los resultados aportados por la investigación señalan lo siguiente: la situación que priva en esos hospitales psiquiátricos refleja un gran deterioro, tanto en las instalaciones como en los pacientes que se encuentran internados. Por otro lado, carecen de programas de rehabilitación con objetivos adaptados a sus condiciones particulares, sobre todo en aquellos pacientes que es necesaria la hospitalización de por vida.

Como dato importante y actualizado (1992), un estudio de la Comisión de Salud de la Asamblea de Representantes del Distrito

Federal, mostró que las condiciones de los hospitales psiquiátricos, públicos y privados, siguen iguales a las que presentó el estudio de De la Parra y Cols. (1983).

Este estudio nos indica que en la actualidad existen 300,000 enfermos mentales, de los cuales 270,000 carecen de atención médica, es decir, no están dentro de ningún hospital público, ni privado.

Los 300,000 enfermos mentales que se encuentran en una Institución de Salud, sólo reciben medicamentos para "controlarlos" y no para que se rehabiliten y puedan integrarse nuevamente a la sociedad, es decir, no reciben el tratamiento que realmente requieren.

Un ejemplo de este estudio, se observó en el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno (La Granja), donde los 500 pacientes que tienen, no reciben ningún Programa de Rehabilitación y la atención médica deja mucho que desear.

Por lo tanto, el objetivo de la rehabilitación deberá ser: reincorporar al individuo a la comunidad, que se inicie intrahospitalariamente y sea continuada extramuros, por medio de programas de seguimiento del estado de salud que impliquen el

desarrollo del paciente en las áreas: vocacionales, educativas, laboral, recreativa y ocupacional.

Como resultado del fracaso generalizado del modelo "Médico Psiquiátrico Psicofarmacológico", en lograr cambios significativos en los diversos trastornos e incapacidades conductuales, que muy a menudo presenta la mayoría de los pacientes mentales hospitalizados, y tomando en consideración la efectividad demostrada y evaluada del enfoque "Psicosocial" (Paul y Lentz, 1977), en las Instituciones Psiquiátricas Estadounidenses, en el año de 1979, la Facultad de Psicología de la UNAM y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en una colaboración interinstitucional, inician el desarrollo de un programa de tratamiento denominado "Aprendizaje Social", fundamentado en la aproximación "Psicosocial", como una alternativa al tratamiento "Psicofarmacológico" prevaleciente.

Dicho Programa considera a la conducta "irracional" o "patológica", característica del paciente crónico hospitalizado, como el resultado fundamental de ciertas experiencias de aprendizaje, y más específicamente, en términos de déficits y excesos conductuales, de acuerdo a ciertas normas convencionales establecidas por un contexto social determinado. De ahí que el programa centre sus esfuerzos de

tratamiento, tanto en establecer en los pacientes aquellas destrezas que les permitan un mayor funcionamiento adaptativo, como en proporcionar las experiencias de aprendizaje que alteren (ya sea disminuyéndola e eliminándola) la conducta "irracional" o "patológica", de tal suerte que se posibilite la reintegración de los pacientes a la comunidad, como seres independientes, eficientes y productivos, por lo que este programa tiene un carácter primordialmente reeducativo.

La filosofía del programa considera, que el tratamiento se debe llevar a cabo por medio de dos estrategias: a).- reprogramando el ambiente hospitalario con el propósito de que éste sea propicio para el aprendizaje y b).- aplicando sistemáticamente técnicas y procedimientos de intervención conductual.

PROGRAMA DE APRENDIZAJE SOCIAL

El programa de "Aprendizaje Social", se instrumenta en el Hospital Granja "La Salud Tlazolteotl", dependiente del Instituto de Salud del Estado de México, el cual deriva sus bases conceptuales y experimentales, a partir de un enfoque de la Psicología denominado "Análisis Experimental de la Conducta", (Skinner, 1938) que se basa, a su vez, en la teoría del aprendizaje y se estructura con base en un

conjunto importante de técnicas y procedimientos (instrucciones, moldeamiento, imitación, etc.) desarrollados originalmente por Ayllon y Azrin (1968); Phillips y Cols. (1974) y Paul y Lentz (1977).

El programa de tratamiento se instrumenta en dos fases: Fase I o de Pabellón y Fase II o de Villas Terapéuticas.

Durante esta fase se evalúan a los pacientes conductualmente antes de ingresar al programa, con el objetivo principal de conocer su nivel de funcionamiento que permita su mejor ubicación dentro del continuo de tratamiento.

La Fase I o de Pabellón, tiene como objetivo, el establecer y mantener en el paciente mental, destrezas básicas, funcionales en las áreas de Resocialización, Instrumental, así como el decremento y/o eliminación de la conducta bizarra. El tratamiento se encuentra estructurado en base a tres niveles (1, 2 y 3 inicial, intermedio y de graduación). Cada nivel refleja o corresponde a un estadio diferente de desarrollo o funcionamiento conductual y enfatiza áreas de tratamiento. En general, estos niveles han sido diseñados de tal manera que incrementan progresiva y sistemáticamente la complejidad de los distintos repertorios conductuales que requieren los pacientes para su

adecuado funcionamiento hacia la independencia física, social y económica.

El nivel 1, hace especial énfasis en el establecimiento de destrezas de Resocialización (v.g. usar el retrete, bañarse, alimentarse, vestirse, rasurarse, participar en actividades recreativas), así como Instrumentales, tales como aseo del pabellón.

El nivel 2, por su parte enfatiza el establecimiento de destrezas de Resocialización circunscritas a la esfera de la interacción interpersonal (v.g. conversación, cooperación); destrezas instrumentales de tipo prevocacional (v.g. asistencia, puntualidad, seguimiento de instrucciones) y Control de Conducta Bizarra, referida a trastornos del pensamiento (v.g. habla irracional, habla repetitiva, habla del contexto); de la percepción (v.g. alucinaciones auditivas y visuales); de la afectividad (v.g. depresión, ansiedad, aislamiento emocional, hostilidad, tensiones); motores (v.g. manierismos y posturas, retardo motor, hiperkinesis); y de la orientación sexual (v.g. homosexualismo, exhibicionismo).

Finalmente en el nivel 3, se hace énfasis en las destrezas de tipo vocacional (v.g. calidad del trabajo, nivel de producción, usos

adecuados de las herramientas de trabajo); Control de la Conducta Bizarra (v.g. lamentaciones hipocondriacas, autoestimulación, acumulación de objetos), así como destrezas de comunicación (v.g. lectura, escritura y aritmética básica).

Una vez que el paciente ha alcanzado los objetivos establecidos dentro de la Fase I o de Pabellón, se le "gradua" y transfiere a la Fase II o de "Villas Terapéuticas", la cual tiene uno de sus propósitos fundamentales, refinar, mantener y generalizar las destrezas establecidas durante la Fase de Pabellón, dentro de un ambiente normalizante menos restrictivo, así como de la enseñanza de aquellas destrezas que le permita una vida independiente y productiva dentro de la comunidad de origen u otra similar.

En virtud de tales propósitos, esta segunda Fase de tratamiento, consiste en lograr que los pacientes generalicen y mantengan las habilidades aprendidas en el Pabellón, a un ambiente y trato más familiar, de tal forma que se aproxime a las condiciones que privan en la comunidad en general; el programa se desarrolla dentro de un conjunto de cuatro unidades que antiguamente funcionaban como gallineros del hospital en cuestión, que fueron reacondicionadas funcional y arquitectónicamente, como casas-habitación, dándole un

toque hogareño a la vivienda. En cada una de estas viviendas, se encuentran distribuidos dos pacientes, quienes se encargan de su aseo y mantenimiento, siendo supervisados por una pareja de psicólogos residentes y dos ayudantes de la investigación, especialmente entrenados en los diversos componentes del modelo. Además, las "Villas Terapéuticas" constan de dos unidades adicionales en las que viven los psicólogos residentes y en donde se entrena a los pacientes en diversas destrezas individuales y de grupo.

Al igual que el tratamiento de la Fase I, el de esta Fase se encuentra estructurado en base a tres niveles (4, 5 y 6), que constituyen la continuación de los niveles (1, 2 y 3) que conforman el tratamiento de la Fase I o de Pabellón.

En el nivel 4, el énfasis se centra en el refinamiento, mantenimiento y generalización de las destrezas establecidas durante la Fase de Pabellón; que debido al cambio de escenarios y estilo de vida que genera, suele presentar ciertos obstáculos propios de adaptación (v.g. cambio de rutina, cambio de espacio físico, etc.). Este nivel comprende habilidades referidas a las áreas de "Resocialización" (v.g. autocuidado, interacción social, habilidades académicas, etc.), "Instrumental" (v.g. aseo y mantenimiento de la vivienda, conductas

prevocacionales y vocacionales), y "Control de Conducta Bizarra" (v.g. estados emocionales intensos, habla irracional, gesticulaciones, lamentaciones hipocondriacas, etc.). Asimismo, la atención se centra en el establecimiento de relaciones interpersonales, habilidades en solución de problemas y en el mejoramiento de la apariencia personal de los pacientes.

Durante el nivel 5, se hace énfasis en el refinamiento de destrezas de comunicación (v.g. lectura, escritura, aritmética y medidas de peso, volúmen y longitud); destrezas laborales (v.g. sociales de seguridad y normativas); habilidades de vida independiente (v.g. economía doméstica, uso de aparatos domésticos, preparación de alimentos) y Control de Conducta Bizarra (v.g. ideas delirantes, conducta alucinatoria, autismo, tartamudeo, ecolalia, ansiedad, depresión, etc.)

Finalmente, en el nivel 6, se hace énfasis en las destrezas de Autocontrol (v.g. autoadministración de medicamentos, autoadministración de incentivos, auto programación de actividades de rutinas y auto programación de tiempo libre); de Uso de Servicios Comunitarios (v.g. ir de compras, uso de transportes públicos, uso del telégrafo).

Cabe señalar, que aún cuando se siguen utilizando técnicas y procedimientos similares a los pacientes durante la Fase de Pabellón, durante ésta, tienden a ser más individualizados y personalizados. Asimismo, debido a que durante esta Fase se inicia el proceso de Reintegración Comunitaria, con aquellos pacientes que cuentan con familia, se inicia un Programa de Entrenamiento Familiar, a fin de que se esté capacitada para enfrentar los problemas que surjan a lo largo del proceso de reintegración del paciente al núcleo familiar.

MODELO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION "LA FAMILIA ENSEÑANTE"

La principal característica de esta segunda Fase del Programa, se centra en los componentes derivados del Modelo de Tratamiento y Rehabilitación "La Familia Enseñante" (Phillips y Cols. 1974), los cuales han sido adaptados para esta segunda Fase.

El programa enfatiza el establecimiento de las relaciones positivas entre los "padres maestros" y los residentes, con lo cual se facilita la enseñanza de las diversas habilidades sociales, académicas, de autoayuda, etc. que constituyen alternativas de adaptación social positivas aceptadas por la comunidad. En el proceso instruccional los "padres maestros" usan diversos procedimientos tanto de grupo como

individualizados que se caracterizan por su flexibilidad.

a).- Modalidad de Tratamiento Residencial. El modelo considera, que el tratamiento debe llevarse a cabo bajo ciertas condiciones, que permitan producir una gran cantidad de avance, en un corto periodo de tiempo. Es por esta razón y por que los pacientes se encuentran internados, que el tratamiento que se les proporciona, se encuentra basado en uno de tipo residencial, lo que permite proporcionar a los pacientes, servicios continuos de tratamiento.

b).- Estilo de Vida Familiar. De acuerdo con este Modelo, la enseñanza de los repertorios que componen el Programa debe realizarse, fundamentalmente, en un medio normalizante que favorezca el establecimiento y desarrollo de estos repertorios. Debido a esto, la segunda Fase de tratamiento, se desarrolla en un conjunto de casas-habitación, denominadas "Villas Terapéuticas", y en escenarios de la comunidad exterior que facilite la reinserción de los pacientes a su comunidad de origen, al proporcionarle un estilo de vida hogareño y familiar.

c).- Anclaje a la Comunidad. El Modelo considera que una gran mayoría de los problemas que presentan los pacientes, deben de

resolverse, principalmente, dentro de escenarios naturales de la comunidad. Debido a esto, esta segunda Fase se desarrolla utilizando los recursos que proporciona la comunidad, lo que permite que los pacientes visiten sus hogares y frecuenten diversos lugares de la comunidad (v.g. parques, cines, tiendas, centros comerciales, etc.). Por otro lado, son los propios familiares de los pacientes y demás miembros de su comunidad quienes determinan, qué destrezas se deben de enseñar o modificar en el paciente, con el fin de que tenga un funcionamiento y ajuste social adecuado.

d).- Personal Profesional Especializado. El Modelo considera que los pacientes que participan en esta segunda Fase de tratamiento, deben de ser instruidos y supervisados por personal especializado, en el manejo y operación de los diversos componentes del programa. Debido a esto, el personal encargado directamente de instruir y supervisar gran parte de las destrezas que componen el programa, está constituido por una pareja de psicólogos, especialmente en la operación del programa.

e).- Consejo Psicológico Conductual. Durante esta segunda Fase de tratamiento, se proporciona a los pacientes, servicios de consejo psicológico, el cual está basado en un Modelo principalmente

conductual. Este Modelo se enfoca a la atención de todos aquellos problemas personales que tienen los pacientes en relación con sus compañeros, instructores, familiares y demás miembros de la comunidad. Es por esta razón, que este tipo de consejo psicológico, tiene un carácter fundamentalmente práctico. Además, es a través de este consejo, que se pretende establecer en los pacientes un repertorio generalizado en la solución de problemas personales.

f).- Evaluación Integral Continua. Al igual que en la primera Fase, en esta segunda Fase, se considera fundamental el llevar a cabo evaluaciones integrales continuas. Esto es, evaluaciones que comprenden tanto al paciente, familiares, así como a otros residentes en el nivel de efectividad, en términos de resultados, en lograr reintegrar al paciente a su comunidad. Todas estas evaluaciones, tienen como finalidad, contar con información precisa, oportuna, confiable y suficiente, que permita determinar el efecto que tiene el programa de tratamiento, en lograr reintegrar a los pacientes como seres productivos y aceptados por su comunidad.

g).- Sistema de Autogobierno. Una de las principales características del Modelo de Tratamiento y Rehabilitación de la "Familia Enseñante", es su sistema de autogobierno, el cual tiene como

objetivo el entrenamiento de los pacientes en destrezas tales como: análisis de problemas dentro de su comunidad, toma de decisiones encaminadas a resolver estos problemas, etc. Este sistema de autogobierno, se desarrolla en cuatro fases a través de sesiones diarias denominadas, reuniones de conferencia familiar, en donde se reúnen todos los pacientes que participan en el Programa de "Villas Terapéuticas", con los "Padres Maestros".

Los resultados obtenidos con la instrumentación del presente Modelo, señalan de manera general, que los procedimientos y técnicas que emplea son efectivos, para el tratamiento y eventual rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado (Ayala y Col., 1982; Quiroga, 1982 y Cols., 1986; Quiroga y Cols., 1987; Vite, 1989).

Por lo que se puede afirmar, en la actualidad se cuenta con un Modelo de Tratamiento y Rehabilitación para el paciente mental crónico hospitalizado, en una Institución Pública, el cual cuenta con una serie de técnicas y procedimientos de probada efectividad, que se encuentra sustentada en una concepción teórico-experimental.

En los últimos tres años las líneas de trabajo se han centrado en:

a).- Desarrollo de entrenadores para la aplicación del Programa de Entrenamiento Conductual. Pasantes de Psicología participaron en el taller de Entrenamiento: "Descripción, Evaluación e Intervención Conductual para pacientes Psiquiátricos", con el fin de aplicar el Programa de Entrenamiento Conductual, el cual forma parte del programa de Enseñanza del proyecto de investigación "Programa de Tratamiento y Rehabilitación Conductual para pacientes mentales crónicos hospitalizados".

b).- Desarrollo y evaluación de modelos prácticos de capacitación para el adiestramiento del personal profesional, paraprofesional y no profesional en aplicación del modelo. (ver pág.88)

y
c) - Desarrollo de instrumentos y procedimientos de evaluación y supervisión continua que permita la utilización de estándares y criterios de calidad en aplicación del modelo. Es decir, se elaboró el (IEC) Instrumento de Evaluación Conductual, el cual se describe a continuación.

INSTRUMENTO DE EVALUACION CONDUCTUAL APLICADO AL PACIENTE MENTAL CRONICO HOSPITALIZADO.

Como parte fundamental de las acciones señaladas

anteriormente y que en su momento permitan que este Modelo pueda ser diseminado a un mayor número de pabellones, se elaboró un Instrumento de Evaluación Conductual para pacientes mentales crónicos hospitalizados (IEC), el cual es un procedimiento psicológico diseñado y elaborado, originalmente por Quiroga, Rodríguez, Vite, Cárdenas, Cortés, Domínguez y Mata (1984-1985). Dicho instrumento se centra, principalmente, en la observación, registro y evaluación de un conjunto de áreas, repertorios, destrezas y conductas-problema, que la investigación empírica desarrolló dentro del campo del tratamiento y rehabilitación del "paciente mental crónico hospitalizado", y el cual ha identificado "déficits" y "excesos" conductuales en una cantidad importante de pacientes que han permanecido internados por largos periodos de tiempo.

El "IEC" fue desarrollado, con el propósito fundamental, de que el personal profesional (principalmente psicólogos) del Proyecto de Investigación, en el que se basa el Modelo de Tratamiento y Rehabilitación Conductual para "pacientes mentales crónicos hospitalizados", contara con un instrumento de evaluación conductual altamente sistematizado y articulado con las distintas áreas de tratamiento y rehabilitación (Resocialización, Instrumental y Reintegración Comunitaria), que permitiera:

- a).- Diagnosticar conductualmente a los pacientes.
- b).- Prescribir las estrategias de tratamiento y rehabilitación conductual específicas a utilizarse con los pacientes.
- c).- Contar con un parámetro de comparación en base al cual evaluar, posteriormente, el grado de efectividad del programa.

Para la elaboración del "IEC" (Instrumento de Evaluación Conductual), se siguieron los lineamientos señalados por la evaluación conductual (Golfried, Pomeranz, 1968; Haynes, 1978; Nelson y Haynes, 1981). Asimismo, se tomaron en cuenta los procedimientos de intervención conductual, que han probado ser lo suficientemente exitosos en el entrenamiento de diversas destrezas en poblaciones con desventaja (Foxy, 1982; Abramo y Col., 1975; Bender y Valletutti, 1976; Azrin y Armstrong, 1973); de tal forma que los fundamentos conceptuales y metodológicos que se utilizaron en su diseño, permiten evaluar el impacto de los programas de intervención conductual, dirigidos al tratamiento y rehabilitación de esta población en particular.

El IEC se encuentra integrado por tres áreas de repertorio y destrezas que son:

- 1).- Resocialización, que incluye repertorios de autocuidado,

interacción interpersonal, comunicación y recreacional.

2).- Instrumental, que incluye repertorios de aseo de la vivienda, prevocacional, vocacional, prelaboral, laboral y de vida independiente. Y

3).- Reintegración Comunitaria, que incluye repertorios de adherencia al tratamiento (autocontrol), uso de servicios comunitarios y reintegración familiar.

Dichas áreas se enfocan a la medición de "déficits conductuales" principalmente. (Ver anexo 1)

Una de las características principales del "IEC", es su triple función: "Diagnóstica-Prescriptiva-Valorativa", es decir, nos informa del estado conductual actual de los pacientes, nos permite describir o formular la estrategia específica de entrenamiento a seguir para el establecimiento de las destrezas deficitarias y valorar, posteriormente la efectividad de dicha estrategia de tratamiento y rehabilitación utilizada, para lo cual, el "IEC" utiliza como elementos básicos de evaluación, a las "Listas de Chequeo Conductual", conjuntamente con una combinación de técnicas y procedimientos conductuales, tales como: "Instrucción General", "Instrucción Específica", "Gestos o Señas", "Modelamiento", "Guía Física Manual

Parcial" y "Guía Física Manual Total".

Específicamente los repertorios y destrezas que son evaluados por medio de las "Listas de Chequeo Conductual", son aquellos integrados en las áreas de "Resocialización", "Instrumental" y "Reintegración Comunitaria", en las que aparecen fragmentadas o "atomizadas", cada destrezas en sus componentes específicos, incluyendo el proceso conductual correspondiente; para eso se emplea el método de "Análisis de Tarea" (Williams, 1975; Foxx, 1982; Cuvo y Davis, 1983; Brueske y Cuvo, 1985), de tal forma que cada área cuenta con tantas "Listas de Chequeo Conductual", como destrezas tienen cada uno de los repertorios que la integran. (Ver anexo 1)

En las "Listas de Chequeo Conductual", se emplea el método de "Observación Directa", el cual es un procedimiento básico del "Análisis Conductual Aplicado" (Baer, Wolf y Risley, 1968; Kazdin, 1980), en una situación de "ensayo estructurado", con lo que se proporciona al evaluador de un medio directo de observación bajo condiciones específicas, en las que se presenta un estímulo determinado y se establece, de una manera concreta, qué actividad debe de exhibir el paciente en un momento determinado. (Ver anexo 2)

El arreglo básico, el cual permite que las "Listas de Chequeo Conductual", pueda cumplir con la triple función "Diagnóstica- Prescriptiva-Valorativa", es el siguiente:

1.- El empleo del método de "Análisis de Tarea", que al fragmentar o "atomizar" la destreza en cuestión en sus "componentes conductuales" específicos, incluyendo el proceso conductual correspondiente, permite determinar, con bastante exactitud, que es lo que puede y no puede hacer el paciente, en relación con esa destreza, indicándonos en qué paso o "componente conductual" se debe de iniciar el entrenamiento conductual, y por lo tanto, prescribe la estrategia para llevarla a cabo.

2.- El empleo de "Estimulación Graduada", integrada por una combinación de "Instrucciones Verbales Generales y Específicas", "Gestos y Señas", "Modelamiento", y "Guías Físicas Manuales Parciales y Totales", permite determinar el Nivel de Asistencia Utilizada (NAU) para lograr que el paciente ejecute correctamente, cada uno de los componentes conductuales en que se ha fragmentado la destreza en cuestión, prescribiendo, consecuentemente, el tipo de estrategia de entrenamiento con que deberá ser iniciado el entrenamiento de cada componente conductual en cuestión.

3.- La determinación de un Nivel de Asistencia Criterio (NAC) para cada componente conductual, en que se ha fragmentado cada destreza, en base a un análisis de los objetivos determinados para cada paciente, comparado con el Nivel de Asistencia Utilizado (NAU), nos indica qué tanto requiere de entrenamiento el paciente, a fin de que se pueda considerar que los ejecute correctamente.

A continuación se presenta la descripción de los Componentes de la Estrategia de Evaluación para evaluar los repertorios y destrezas conductuales.

TECNICAS O "NIVELES DE ASISTENCIA A UTILIZAR" (NAU)
en la evaluación conductual:

1.1. INSTRUCCION GENERAL

Consiste en la verbalización oral que indica la destreza en cuestión que se desea evaluar.

1.2 INSTRUCCION ESPECIFICA

Consiste en la verbalización oral que indica el componente conductual (paso en que se ha fragmentado la destreza) en cuestión que se desea evaluar y que forma parte de la destreza correspondiente.

1.3 GESTOS Y SEÑAS

Consiste en la verbalización particular y de señalización hacia los objetos o aspectos implicados en el componente conductual en cuestión que se desea evaluar. Concretamente consiste en señalar con el brazo (incluyendo manos y dedos) y/o cabeza y ojos, los aspectos u objetos implicados en el componente conductual en cuestión que se desea evaluar.

1.4 MODELAMIENTO

Consiste en exponer un Modelo que ejecute la conducta especificada en el componente conductual en cuestión, a fin de que dicha conducta del modelo sea evaluada, posteriormente en el paciente.

1.5 GUIA FISICA MANUAL PARCIAL

Consiste en ayudas parciales para que el paciente ejecute la actividad específica en el componente conductual a entrenar. Es decir, el evaluador debe de tomar suavemente con sus dedos índice y pulgar de sus manos, en forma de pinza la(s) parte(s) de la mano del paciente que se encuentra directamente relacionada con la actividad específica en el componente conductual en cuestión, y lo guía físicamente con el movimiento adecuado.

1.6 GUIA FISICA MANUAL TOTAL

Consiste en que se le ayude totalmente al paciente a ejecutar la actividad especifica en el componente conductual a evaluar. Concretamente, el evaluador debe de tomar firmemente con toda(s) su(s) manos(s) la(s) parte(s) del cuerpo del paciente que se encuentra(n) directamente involucrada(s) en la conducta especifica en el componente conductual a evaluar, y las debe guiar físicamente con el movimiento adecuado.

Las recomendaciones generales que se requieren para el entrenamiento de las destrezas son las siguientes:

- Establecer una relación cordial y de confianza entre el paciente y el entrenador, mostrando éste una actitud amable y de gran interés en los logros del paciente.
- Ser objetivo e imparcial y no formularse expectativas muy altas o muy bajas respecto al paciente.
- Llevar a cabo el entrenamiento cuando el estado físico, afectivo y mental del paciente no se encuentre alterado, (v.g. gripe, depresión, estado alucinatorio, etc.)

- Contar con una actividad alternativa para el paciente en caso de que éste no se encuentre dispuesto en ese momento para el entrenamiento, (v.g. destrezas ya entrenadas, preferentemente en este mismo repertorio).
- Asegurarse de contar con el material, el escenario y todos los elementos requeridos para el entrenamiento.
- Verificar que la respuesta figure en el repertorio del paciente.
- Asegurarse que el paciente ha escuchado las instrucciones dadas, para lo cual es necesario que el entrenador hable de una manera clara y firme y con un tono de voz suficientemente alto, pero sin que resulte molesto.
- Utilizar las técnicas en el orden señalado.
- Dar las instrucciones exactamente como se presentan en el Instrumento de Evaluación Conductual (IEC).
- Llevar a cabo el entrenamiento bajo situaciones reales y no imaginarias.

-Entrenar preferentemente sólo una destreza a la vez. En caso que se requiera podrán entrenarse dos destrezas simultáneamente, siempre y cuando éstas pertenezcan al mismo repertorio y el entrenamiento se realice en horarios diferentes.

Los resultados que se han generado de la aplicación de las diversas técnicas que involucra el Programa de Entrenamiento Conductual, indican que han sido efectivas para el establecimiento de una gran variedad de habilidades y destrezas, tanto con pacientes mentales crónicos, como con otro tipo de poblaciones con alguna desventaja: (v.g. retardados en el desarrollo, paráliticos cerebrales, predelincuentes, delincuentes, farmacodependientes, etc.) (Horner y Keilitz, 1977; Bender y Vallettuti, 1976; Abrama y Cols., 1975; Lovaas, 1981; Maly y Cols., 1973; Greenberg y Cols., 1975; Milby, 1975; Wellace y Davis, 1974; Sthal y Cols., 1974; Azrin y Armstrong, 1973). Sin embargo, la efectividad de dichos procedimientos, no es el único parámetro bajo el cual se deben de evaluar los beneficios de los mismos criterios, tales como: duración de los efectos a través del tiempo, rapidez en la adquisición, costo del entrenamiento, satisfacción de los usuarios, etc., deben considerarse igualmente necesarios (Azrin, 1979; Kazdin, 1980).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como resultado del fracaso generalizado del modelo "Médico Psiquiátrico Psicofarmacológico", en sus intentos aislados por rehabilitar al paciente mental crónico hospitalizado, ha originado durante los últimos años un interés especial en autoridades, especialistas e investigadores, relacionados con el área de Salud Mental, por ensayar proyectos pilotos de investigación, que presenten diferentes alternativas de tratamiento para la rehabilitación de estos pacientes; y por otro lado, a los excelentes resultados que se han obtenido dentro de hospitales psiquiátricos públicos para pacientes mentales crónicos de los Estados Unidos de Norteamérica, con la aplicación del enfoque "Psicosocial". Con base en las consideraciones anteriores, el presente trabajo se desarrolló con la finalidad de evaluar los procedimientos (niveles de asistencia), del Programa de Entrenamiento Conductual para pacientes mentales crónicos hospitalizados, para el establecimiento de la destreza de "Modales en la Mesa", tomando como parámetro de la evaluación: la efectividad en la adquisición de la destreza, rapidez con que se adquiere la destreza y costo del entrenamiento.

HIPOTESIS

"Si a pacientes mentales crónicos hospitalizados, se les aplica un Programa de Entrenamiento Conductual, para la adquisición de destrezas en "Modales en la Mesa", entonces éstos adquirirán la habilidad en forma rápida y a un bajo costo"

H₀ "El Programa de Entrenamiento Conductual" aplicado a pacientes mentales crónicos hospitalizados, mejorará las habilidades de "Modales en la Mesa".

H₁ "El Programa de Entrenamiento Conductual" aplicado a pacientes mentales crónicos hospitalizados, no mejorará las habilidades de "Modales en la Mesa".

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los procedimientos (Niveles de Asistencia) del Programa de Entrenamiento Conductual para el establecimiento de la destreza "Modales en la Mesa", tomando como parámetro de la evaluación: efectividad en la adquisición de la destreza, rapidez con que se adquiere la destreza y costo del entrenamiento.

OBJETIVOS PARTICULARES

1.1 Lograr que a través de los cinco niveles de asistencia que contiene el Programa de Entrenamiento Conductual, el paciente domine el 100% de los componentes conductuales en que se fragmentó la destreza de "Modales en la Mesa".

1.2 Lograr que a través de los cinco niveles de asistencia que contiene el Programa de Entrenamiento Conductual, el paciente con el menor tiempo posible domine el 100% de los componentes de la destreza de "Modales en la Mesa".

1.3 Lograr que a través de los cinco niveles de asistencia que contiene el Programa de Entrenamiento Conductual, el entrenamiento de la destreza de "Modales en la Mesa", represente el menor costo posible.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.1.1 El paciente mental crónico hospitalizado ejecutará los componentes conductuales de la destreza de "Modales en la Mesa", por medio de la aplicación del nivel de asistencia "Instrucción Específica más Guía Física Manual Total.

1.1.2 El paciente mental crónico hospitalizado ejecutará los componentes conductuales de la destreza de "Modales en la Mesa", por medio de la aplicación del nivel de asistencia "Instrucción Específica más Guía Física Manual Parcial".

1.1.3 El paciente mental crónico hospitalizado ejecutará los componentes conductuales de la destreza de "Modales en la Mesa", por medio de la aplicación del nivel de asistencia "Instrucción Específica más Modelamiento"

1.1.4 El paciente mental crónico hospitalizado ejecutará los componentes conductuales de la destreza de "Modales en la Mesa", por medio de la aplicación del nivel de asistencia "Instrucción Específica más Gestos o Señas".

1.1.5 El paciente mental crónico hospitalizado ejecutará los componentes conductuales de la destreza de "Modales en la Mesa", por

medio de la aplicación del nivel de asistencia "Instrucción Específica".

1.1.6 El paciente mental crónico hospitalizado ejecutará los componentes conductuales de la destreza de "Modales en la Mesa", con la sola "Instrucción General" "Vaya a comer".

METODO

SUJETOS

Se seleccionaron del total de ocho pacientes mentales crónicos hospitalizados, que participaban en el programa de "Villas Terapéuticas" a tres de ellos, que se encontraban en el nivel 4, del repertorio Interacción Personal II, los cuales presentaban déficit en la destreza de modales en la mesa, previa una evaluación diagnóstica (por medio de las listas de chequeo conductual), cuyas características psiquiátrico-demográficas se describen a continuación:

-Paciente 1-

Diagnóstico: "Retraso Mental Medio"

Sexo: masculino

Escolaridad: ninguna

Edad: aproximadamente 35 años

Estado Civil: soltero

Tiempo de hospitalización: 15 años

Tipo de medicamento: artane 1-0-1, largatil 1-0-1

-Paciente 2-

Diagnóstico: "Retraso Mental Medio y Alcoholismo Crónico"

Sexo: masculino

Escolaridad: tercero de primaria

Edad: 30 años

Estado Civil: soltero

Tiempo de hospitalización: 13 años

Tipo de medicamento: artane 1-0-1, meyeril 1-0-1

-Paciente 3-

Diagnóstico: "Retraso Mental Moderado, Epilepsia tipo gran
mal"

Sexo: masculino

Escolaridad: tercero de primaria

Edad: 27 años

Estado Civil: soltero

Tiempo de hospitalización: 12 años

Tipo de medicamento: hidantoína 1-1-1, tegretol 1-1-1

Cabe señalar que los pacientes son seleccionados a participar en el programa, sólo si cuentan con una serie de requisitos que posibiliten el proceso de evaluación. Así por ejemplo, aquellos pacientes que presentan incapacidades físicas severas (v.g. mutilación de algún miembro, ceguera, etc), o bien. impedimentos severos en su desarrollo motor (v.g. falta de movilidad, equilibrio, control corporal, destreza manual), no pueden participar en la selección.

ESCENARIO

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Granja "La Salud Tlazolteotl", dependiente del Instituto de Salud del Estado de México y de manera particular en el conjunto de viviendas denominadas "Villas Terapéuticas" (conjunto de cuatro viviendas tipo departamentos con todos los servicios domésticos) y específicamente en el comedor de dichas viviendas contando con las siguientes características: tres metros de ancho por cuatro metros de largo, compuesto por una mesa de formica y cuatro sillas, un frezadero, una parrilla de gas con cuatro quemadores y una alacena.

MATERIALES

Los materiales estuvieron compuestos por: hojas de registro, cronómetro, lápices, juego de cubiertos (cuchara, cuchillo y tenedor, platos, vasos, jarras, servilletas, cucharones y recipientes).

INSUBUMENTOS

Lista de Chequeo Conductual (Ver anexo 2)

VARIABLE INDEPENDIENTE

En el presente estudio se utilizó el PEC (Programa de Entrenamiento Conductual), el cual integra las siguientes técnicas:

Instrucción General.- Consistió en proporcionar verbalizaciones orales al paciente, que indicaban la destreza a entrenar "Come".

Instrucción Específica.- Consistió en proporcionar al paciente verbalizaciones que indicaban el componente conductual, pasos en que se fragmentó la destreza de modales en la mesa y que el paciente no realizaba correctamente.

Instrucción Específica más Gestos o Señas.- Consistió en proporcionar verbalizaciones particulares al paciente y de señalización hacia los objetos o aspectos implicados en el componente conductual en que se fragmentó la destreza de modales en la mesa. Específicamente consistió en señalar con el brazo (incluyendo manos y dedos), la cabeza y los ojos, los aspectos u objetos implicados en el componente conductual que el paciente presente problemas para realizar.

Instrucción Específica más Modelamiento.- Consistió en exponer un modelo que realizara la conducta específica en el componente conductual en particular, a fin de que dicha conducta del modelo fuera

realizada posteriormente por el paciente.

Instrucción Específica más Guía Física Manual Parcial.-
Consistió en ayudas parciales para que ejecutara la actividad especificada en el componente conductual a entrenar. Es decir, el entrenador tomaba suavemente, con sus dedos índice y pulgar de sus manos, en forma de pinza la(s) parte(s) de la mano del paciente, que se encontraran directamente relacionadas en la actividad especificada en el componente conductual en cuestión, y los guiaba físicamente con el movimiento adecuado.

Instrucción Específica más Guía Física Manual Total.-
Consistió en ayudar totalmente al paciente a realizar la actividad especificada del componente conductual a entrenar. Concretamente, el entrenador tomaba firmemente con sus manos la parte de las manos del paciente que se encontraban involucradas directamente en la conducta especificada en el componente conductual a entrenar y las guiaba físicamente con el movimiento adecuado.

VARIABLE DEPENDIENTE

Las conductas que se desarrollaron en los pacientes, como

resultado de la aplicación del PEC (Programa de Entrenamiento Conductual), fueron en orden secuencial, de acuerdo a los siguientes componentes:

- Mantenerse sentado en la silla.
- Recargar la espalda en el respaldo.
- Mantener los codos fuera de la mesa.
- Dirigir la mirada hacia el recipiente.
- Tomar el recipiente con la mano predominante.
- Acercarse el recipiente hacia su plato.
- Tomar la cuchara con la mano derecha (predominante).
- Servirse la comida sin derramarla.
- Dejar el recipiente y la cuchara.
- Introducir la cuchara en la sopa.
- Llevarse la cuchara a la boca.
- No sorber la sopa.
- Masticar los alimentos.
- Esperar a que se pase el bocado.
- Llevar otro bocado.
- Agarrar el cuchillo con la mano derecha (predominante).
- Apoyar el dedo índice en el cuchillo.
- Agarrar el tenedor con la mano izquierda (predominante).

- Apoyar el dedo índice en el tenedor.
- Ensartar el tenedor en la carne.
- Cortar un pedazo de carne con el cuchillo.
- Llevar a la boca el pedazo de alimento.
- Introducir el pedazo de alimento en la boca.
- Masticar el pedazo de alimento varias veces.
- No hacer ruido al masticar.
- Pasar el alimento.
- Esperar a que se pase el alimento.
- Llevar otro bocado a la boca.
- Agarrar la jarra con la mano derecha.
- Agarrar el vaso con la mano derecha.
- Servirse agua en el vaso sin derramarla.
- Tomar agua sin derramarla.
- Dejar el vaso sobre la mesa.
- Utilizar la servilleta para limpiarse.
- No levantarse de la silla cuando come.
- No hablar con alimentos en la boca.
- No tirar el plato de la comida.

La secuencia de los componentes, se llevaron de acuerdo a las técnicas definidas en la variable independiente.

DEFINICION DE RESULTADOS

Definición y Medición de los Parámetros de Costo-Efectividad.

a).- Efectividad. Se consideró la efectividad en cuanto al porcentaje de componentes conductuales adquiridos por los pacientes, la cuál se obtuvo dividiendo el número de componentes realizados correctamente por el paciente entre el número total de pasos que conforma la destreza.

b).- Rapidez en la adquisición. Se tomaron como parámetro el tiempo en horas y minutos requeridos por el paciente para alcanzar el criterio de ejecución requerido de tres ensayos consecutivos de 100%, llevándose a cabo en cada sesión un registro de duración. Al término del entrenamiento se realizó el conteo de los tiempos.

c).- Costo. Se consideró como parámetro la inversión de horas-hombre requerida para el entrenamiento de los pacientes, lo cual está relacionado en forma directa con la rapidez de la adquisición, es decir, a menos horas de trabajo invertidos para entrenar, menor será el costo.

TIPO DE REGISTRO

Para la medición de las respuestas o componentes conductuales que conforma la destreza de "Modales en la Mesa", se utilizó un sistema de registro ensayo, registrándose si la conducta había sido correcta o no, de acuerdo a las definiciones de cada componente conductual.

Para medir el tiempo de cada sesión, se utilizó un registro de duración, en el cual se registraba la hora inicial y final de cada una de ellas.

CONFIABILIDAD

Con el fin de obtener datos confiables y objetivos, se utilizó un observador independiente (personal que realizaba el Servicio Social, previamente entrenado) y un entrenador, quienes registraron simultáneamente y de manera independiente, las conductas en cada una de las sesiones. La fórmula para determinar la confiabilidad fue la siguiente:

$$\frac{\text{acuerdos}}{\text{acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100 = \% \text{ de confiabilidad}$$

se quedó como acuerdo cuando ambos observadores registraban el mismo tipo de conducta en un mismo ensayo y se consideró como desacuerdo, cuando ambos observadores al registrar la conducta, no acordaron en el

mismo ensayo, ni con el mismo tipo de conducta. Esto se registró con cada uno de los pacientes en cada tipo de destreza, durante las fases de: línea base, entrenamiento y mantenimiento, las cuales se muestran en el cuadro siguiente.

| | CONFIABILIDAD | CONFIABILIDAD | CONFIABILIDAD |
|----------|---------------|---------------|---------------|
| PACIENTE | LINEA BASE | ENTRENAMIENTO | MANTENIMIENTO |
| 1 | 85% | 97% | 95% |
| 2 | 89% | 95% | 95% |
| 3 | 85% | 100% | * |

* Los datos de este paciente en la fase de mantenimiento no se obtuvieron debido a que falleció en 1991.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Se utilizó un diseño experimental de "Línea Base Múltiple a través de Sujetos", el cual estuvo compuesto por las siguientes fases: A).- Línea Base. B).- Entrenamiento y C).- Mantenimiento. Se eligió este tipo de diseño, ya que permite mostrar que el cambio conductual está asociado con la introducción de los procedimientos en diferentes momentos, sin que sea necesario una reversión a línea base. Además, de que este diseño es el más apropiado cuando se desea entrenar un:

conducta en particular en un número determinado de sujetos (Hersem y Barlow, 1976). v.g. una vez que la conducta de cada sujeto ha alcanzado una fase estable, la condición experimental (procedimiento), se emplea para un sólo sujeto, mientras que los otros continúan en las condiciones de línea base. Debe cambiar la conducta del sujeto expuesta a la condición experimental (procedimiento), mientras que la de los otros debe permanecer igual. Cuando la conducta se estabiliza para ese sujeto, se puede extender la condición experimental (procedimiento) a otro sujeto. Se continúa este procedimiento hasta que todos los sujetos para quienes se reunieron datos de línea base se incluyen en la condición experimental.

PROCEDIMIENTO

Los criterios para la selección de los pacientes a entrenar y los cambios de tasa, se determinaron de la siguiente manera: el criterio que se utilizó fué en el nivel en el que se encontraban cada uno de los pacientes en la ejecución de la destreza de modales en la mesa. Cabe indicar que no se determinó con anterioridad en qué número de sesiones se intervendría con el próximo paciente, ya que esto dependía de que se cubrieran los criterios de cambio en el paciente anterior (Criterio de ejecución del componente y Criterio de ejecución

de la destreza) (ver pág.70)

El primer paciente que se seleccionó para ser entrenado, fué de acuerdo a una evaluación inicial diagnóstica previa (en base a las listas de chequeo conductual). Una vez que dicho paciente alcanzó en tres sesiones consecutivas el 100% de los componentes conductuales de la destreza ante la "Instrucción General", se procedió a intervenir al siguiente paciente. Este procedimiento se llevó a cabo con los tres pacientes seleccionados.

Fase de Línea Base:

Esta fase y las posteriores, se llevaron a cabo en el comedor correspondiente a la vivienda de los pacientes seleccionados, colocándose en la mesa todos los utensilios que utilizaron los pacientes (cubiertos, plato, vaso, jarra, servilleta, etc.) previo a las sesiones. Las tres sesiones de línea base, se iniciaron cuando se llamaba al paciente para ir a comer, entre la 1 y 2 p.m. estando presentes observador y entrenador; cuando llegaban a su vivienda, se les proporcionó la siguiente instrucción general "Vaya a Comer". Se observaba y se registraba cuántos de los treinta y siete componentes conductuales ejecutaba correcta e incorrectamente, sin que ellos

supieran que se les estaba registrando (el observador y el entrenador se encontraban dentro de la vivienda); al finalizar la sesión, se le indicaba al paciente que procediera a recoger y lavar sus trastes. Este mismo proceso se llevó a cabo con cada uno de los tres pacientes.

Fase de Tratamiento:

Esta fase se realizó en el mismo escenario y bajo las mismas condiciones que durante la línea base, llevándose a cabo a través de los siguientes lineamientos:

1.- Evaluación Diagnóstica Prescriptiva. La primera sesión de esta fase, con los tres pacientes, tuvo como finalidad el realizar una evaluación diagnóstica-prescriptiva, es decir, se observó cuantos y cuáles de los componentes conductuales en que se fragmentó la destreza de "Modales en la Mesa", los pacientes las ejecutaban de acuerdo a las cinco técnicas de intervención conductual denominado niveles de asistencia, lo que a su vez permitió diseñar una estrategia específica de entrenamiento a seguir para la enseñanza de dicha destreza y valorar posteriormente la efectividad de la misma, para lo cual se llevó a cabo el siguiente proceso:

a).- Se le proporcionó al paciente la Instrucción General de la destreza de "Modales en la Mesa". Si el paciente iniciaba la ejecución del primer componente conductual dentro de los primeros diez segundos a partir de dicho Nivel de Asistencia, se procedió a evaluar la ejecución del paciente, por lo cual se recorría cada uno de los componentes conductuales que presentaban dicha destreza. En caso de que el paciente iniciara correctamente la ejecución, de acuerdo a lo estipulado en el componente conductual, pero empezara a saltar al siguiente componente o lo realizara incorrectamente, se detenía la ejecución y se anotaba el código 0 correspondiente al nivel de asistencia de "Instrucción General" de todos aquellos componentes correctamente ejecutados con tan solo la presentación del citado nivel de asistencia.

b).- En caso de que el paciente no iniciara la ejecución del primer componente conductual de la destreza, o no ejecutara algunos componentes con la sola utilización de la "Instrucción General", entonces se le proporcionó la "Instrucción Específica" correspondiente al primer componente del análisis de tarea no ejecutado. Si el paciente iniciaba la ejecución en diez segundos ante este nivel de asistencia y lo hacía correctamente, se anotaba el código 1 en el espacio correspondiente al ensayo, se dejaba que el paciente continuara con los

demás componentes conductuales de la destreza siguiente sin que se le proporcionara ningún tipo de nivel de asistencia, de tal manera que si se iniciaban los componentes siguientes de acuerdo a las especificaciones y secuencias establecidas en el análisis de tarea, éstos se calificaron inclusive con el código 0 ("Instrucción General).

c).- En caso de que el paciente no hubiese iniciado la ejecución del primer componente en que se desglosó la destreza, o no realizó alguno(s) de lo(s) componentes con la sola utilización de la "Instrucción Específica", entonces se procedió a proporcionar nuevamente la "Instrucción Específica", sólo que acompañada con "Gestos o Señas", que añadían información sobre el tipo de conducta que se esperaba del paciente y que a su vez incrementara la probabilidad de que ejecutara correctamente el componente en cuestión. Si el paciente iniciaba la ejecución dentro de los siguientes diez segundos ante la presentación de este nivel de asistencia y realizaba correctamente el componente, se anotaba el código 2 del nivel de asistencia en el espacio del ensayo correspondiente.

d).- Si el paciente no iniciaba la ejecución del primer componente de la destreza de comer, o no hubiese ejecutado algunos componentes de la misma con la "Instrucción Específica más Gestos y

Señas", entonces se utilizaba una combinación de "Instrucción Específica más Modelamiento". Es decir, además de proporcionarle la "Instrucción Específica", se le demostraba cómo debería realizar el componente conductual en particular, incrementándose la probabilidad de que el paciente ejecutara la conducta requerida correctamente. Si el paciente iniciaba la ejecución dentro de los diez segundos posteriores a este nivel de asistencia y realizaba dicho componente de manera correcta, se anotaba en el espacio correspondiente al ensayo el código 3.

e).- En caso de que el paciente no iniciara la ejecución del primer componente de la destreza o no ejecutara algún(os) componente(s) con el nivel de asistencia de "Instrucción Específica más Modelamiento", entonces se le proporcionaba la misma "Instrucción Específica más Guía Física Manual Parcial", con lo que algunos aspectos del componente a evaluar se vieron forzados, incrementándose nuevamente la probabilidad de que el paciente ejecutara correctamente el componente conductual en particular. Si el paciente iniciaba la ejecución dentro de los diez segundos, a partir de este nivel de asistencia y lo realizaba correctamente, se anotaba en el espacio correspondiente al ensayo el código 4.

f).- Cuando el paciente no iniciaba la ejecución del primer componente de la destreza o no ejecutara algún(os) componente(s) con la sola utilización de la "Instrucción Específica más Guía Física Manual Parcial", entonces se le proporcionaba la misma "Instrucción Específica más Guía Manual Total", con lo que necesariamente el paciente se veía totalmente forzado a ejecutar el componente conductual en cuestión. Debido a las características de este nivel de asistencia, en todas las ocasiones en que se emplee, se anotaba en el espacio correspondiente al ensayo el código 5.

2.- Determinación de la Estrategia de Enseñanza. Una vez realizada la evaluación diagnóstica-prescriptiva, se determinó la estrategia de enseñanza particular para cada paciente. Esto se llevó a cabo al computar el número total de componentes conductuales en que se fraccionó la destreza de modales en la mesa en relación a:

a).- Si el paciente lo ejecutó correctamente únicamente bajo el nivel de asistencia de "Instrucción General", y

b).- Los que ejecutó de acuerdo a los cuatro restantes niveles de asistencia.

Para comenzar el entrenamiento con aquellos componentes en los cuales se recurrió a los niveles de asistencia más altos, es decir, el 5 ("Instrucción Específica más Guía Física Manual Total") y el 4 ("Instrucción Específica más Guía Física Manual Parcial").

3.- Entrenamiento por Componentes. En cada sesión se entrenaba uno o varios componentes conductuales de la destreza. Cuando el paciente realizaba correctamente el componente enseñado ante la "Instrucción General", se pasaba a entrenar el siguiente componente de la destreza.

4.- Sesiones de Entrenamiento. Se llevó a cabo una sesión diaria de entrenamiento para uno o varios componentes conductuales y ésta finalizaba cuando se llegaba al límite de la sesión que fue determinada básicamente, cuando el paciente terminaba de comer.

5.- Desvanecimiento de los Niveles de Asistencia. Los niveles de asistencia utilizados para el entrenamiento fueron desvanecidos gradualmente. Los niveles más altos (5 y 4) fueron los primeros en ser desvanecidos, posteriormente los niveles (3 y 2) y por último el nivel (1).

a).- Desvanecimiento del nivel de "Instrucción Específica más Guía Física Manual Total". Se llevó a cabo decrementando la guía ejercida sobre las manos del paciente, hasta que éste realizaba el componente sólo con ligeros toques.

b).- Desvanecimiento de "Instrucción Específica más Guía Física Manual Parcial". Se realizó alejando la guía parcial sobre las manos del paciente, hasta que éste ejecutara el componente por sí solo.

c).- Desvanecimiento de "Instrucción Específica más Modelamiento". Se llevó a cabo hasta que el paciente realizaba el componente particular de la destreza por sí solo y sin el modelo presente (el modelo era el mismo entrenador).

d).- Desvanecimiento de la "Instrucción Específica más Gestos o Señas". Esta se realizó hasta que el paciente por sí solo ejecutara el componente conductual de la destreza de manera correcta, sin que mediaran los gestos o señas.

e).- Desvanecimiento de "Instrucción Específica". Se llevó a cabo de manera gradual a las verbalizaciones específicas del componente de la destreza, hasta que el paciente lo realizara ante la sola

"Instrucción General".

6.- Criterios de Ejecución. Durante el entrenamiento se consideraron dos criterios de ejecución óptima:

a).- Criterio de ejecución del componente. Si el paciente ejecutaba correctamente por sí mismo ante la "Instrucción General" el componente conductual entrenado, se daba por finalizado el entrenamiento de ese componente, y se iniciaba el entrenamiento del siguiente componente de la secuencia. Cuando el paciente realizaba el componente correcto, se le daba el reforzador de tipo social (v.g. muy bien, correcto, felicidades, etc.)

b).- Criterio de ejecución de la destreza. El entrenamiento de la destreza se daba por finalizado cuando el paciente ejecutaba correctamente todos los componentes en que se fragmentó la destreza, sin ningún tipo de nivel de asistencia, sólo ante la "Instrucción General", durante tres sesiones consecutivas.

Fase de Mantenimiento:

Esta fase se realizó en el mismo escenario y bajo las mismas

condiciones que la Línea Base, ya que sólo se observó cuántos de los 37 componentes conductuales realizaban correcta o incorrectamente los pacientes, sin ningún tipo de ayuda (niveles de asistencia). Para ésto se determinó que cinco sesiones serían suficientes para observar si la conducta se mantenía o nó. Cabe aclarar que esta fase se realizó cinco años después del entrenamiento, razón por la cual sólo fué posible trabajar con dos de los tres pacientes, ya que uno de ellos falleció en el año de 1991. Esta fase se inició cuando los pacientes se disponían a comer (previo el observador preparó el escenario), en ese momento se les proporcionó la Instrucción General "Vaya a comer" y se registraba sin que ellos lo supieran. Ambos observadores se encontraban dentro de la vivienda. Al finalizar la sesión se les dijo que recogieran y lavaran sus trastes.

RESULTADOS

Con la finalidad de indicar con mayor precisión los resultados obtenidos en el entrenamiento de la destreza de "Modales en la Mesa", los datos serán analizados de acuerdo a los parámetros de: efectividad de los "Niveles de Asistencia" para la adquisición de los componentes conductuales en que se fragmentó la destreza; rapidez en la adquisición de la misma, costo del entrenamiento, como del mantenimiento.

Efectividad de los Niveles de Asistencia.

En la figura 1 a la izquierda de la línea punteada, se observa la ejecución de los tres pacientes durante la línea base: el paciente 1, en esta fase, contaba con un 64% en promedio de la destreza de "Modales en la Mesa"; el paciente 2, con un 49% y el paciente 3 con un 69%. A la izquierda de la línea continua vertical, se observa el desarrollo de la fase de entrenamiento, la cual consistió en la aplicación de los niveles de asistencia para la adquisición de la destreza de "Modales en la Mesa" al 100%. En el paciente 1 predominaron los niveles de asistencia 0, 1, 2 y 3 para lograr que en tres ensayos consecutivos obtuvieran el 100% de los componentes en que se fragmentó la destreza. En el paciente 2, también predominaron los niveles de asistencia 0, 1, 2 y 3. Y en el paciente 3, predominaron los niveles de

asistencia 0, 1, 2 y 5. A la derecha de la figura, se observa el porcentaje de mantenimiento cinco años después de llevar a cabo el entrenamiento: el paciente 1 mantiene en un 89% en promedio la destreza de "Modales en la Mesa", el paciente 2 en un 91% y del paciente 3 no se obtuvieron datos por su deceso en el año de 1991.

Base de la adquisición de los componentes.

El tiempo que necesitaron los tres pacientes para lograr el criterio de la destreza de tres ensayos o sesiones consecutivas al 100% varió de paciente a paciente.

En la figura 2, se muestra el porcentaje promedio de ejecución de la destreza del paciente 1, el cual requirió de solamente 306 minutos.

En la figura 3, se observa el porcentaje promedio de ejecución de los componentes que integraron la destreza del paciente 2, el cual necesitó de 280 minutos.

En la figura 4, se presenta el porcentaje promedio de la ejecución del total de componentes de la destreza del paciente 3, con

quien se llevó un tiempo de 203 minutos en su entrenamiento.

En la figura 5, se muestra el porcentaje promedio de ejecución de los componentes que comprenden la destreza de "Modales en la Mesa" de los tres pacientes entrenados, observándose que se necesitó un tiempo promedio de 263 minutos, que equivale a 4 horas 23 minutos, para que lograran en tres ensayos consecutivos el 100% de ejecución

Costo de Entrenamiento.

El costo se obtuvo de acuerdo al tiempo promedio de entrenamiento de los tres pacientes. Se incluyeron las categorías de Psicólogo Pasante, Auxiliar de Enfermería, Enfermera General y Psicólogo Titulado, por ser las personas que podrían realizar este tipo de entrenamiento dentro de la Institución. Los cálculos se realizaron de acuerdo a los salarios vigentes en moneda nacional durante el segundo semestre de 1988. (Ver Tabla No.1)

En la figura 6a, se muestra el tiempo promedio del entrenamiento de la destreza de "Modales en la Mesa", el sueldo respectivo para cada categoría del personal, la inversión requerida para el entrenamiento a un paciente con o sin periodo de mantenimiento,

durante el Segundo Semestre de 1988.

Costo de Mantenimiento.

El costo se obtuvo de acuerdo al tiempo promedio del mantenimiento de los dos pacientes. Se incluyeron las categorías de: Psicólogo Pasante, Auxiliar de Enfermería, Enfermera General y Psicólogo Titulado, por ser las personas que podrían realizar este tipo de entrenamiento dentro de la Institución. Los cálculos se realizaron de acuerdo a los salarios vigentes en moneda nacional durante el presente año. (Ver Tabla No 2).

En la figura 6b, se muestra el tiempo promedio del entrenamiento de la destreza de "Modales en la Mesa", el sueldo respectivo para cada categoría del personal, la inversión requerida para el entrenamiento a un paciente con o sin período de mantenimiento, en el presente año.

PORCENTAJE PROMEDIO DE EJECUCION DE LOS COMPONENTES

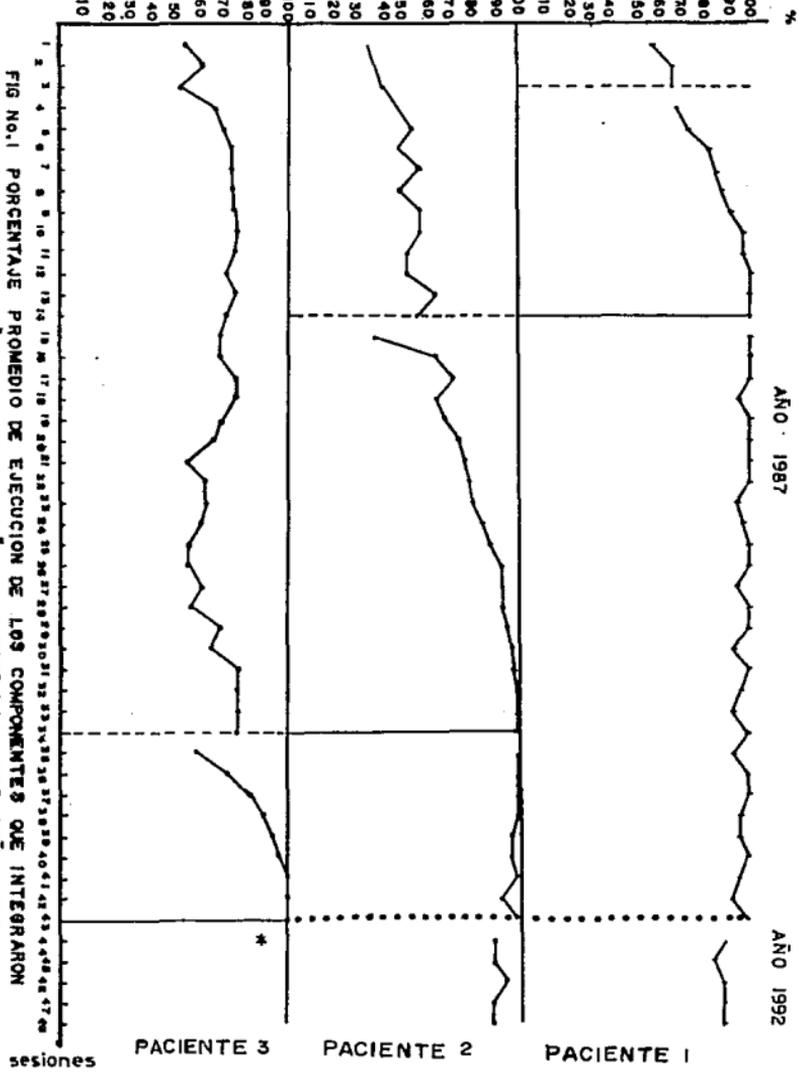


FIG No.1 PORCENTAJE PROMEDIO DE EJECUCION DE LOS COMPONENTES QUE INTERERON LA DESTREZA DE "NODALES EN LA MESA" DE LOS TRES PACIENTES SEÑALADOS

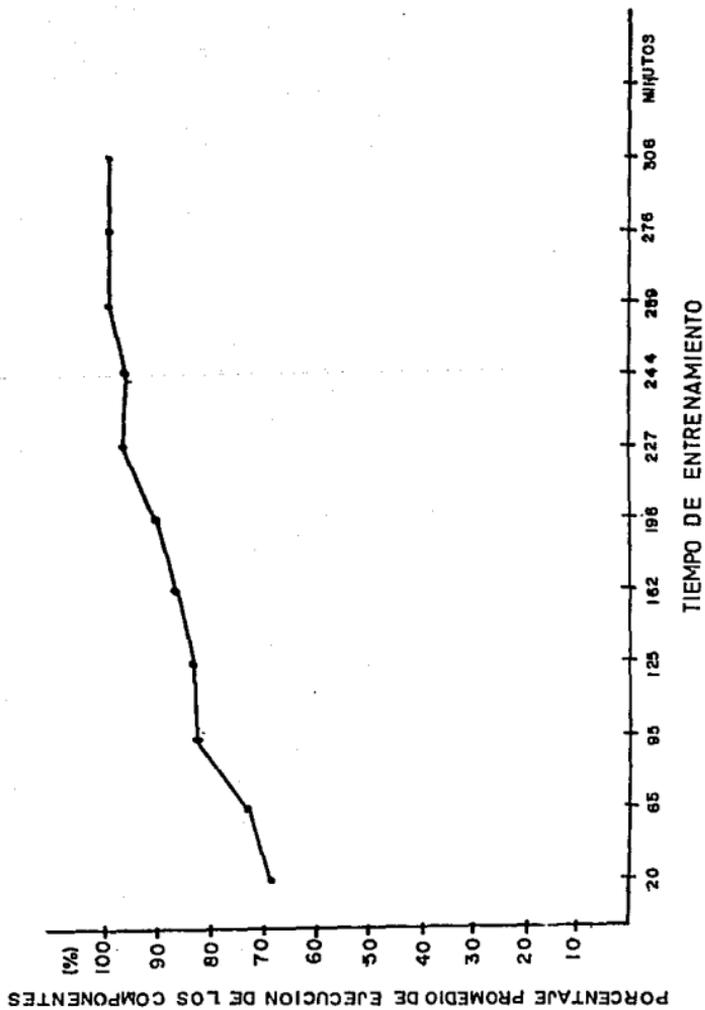
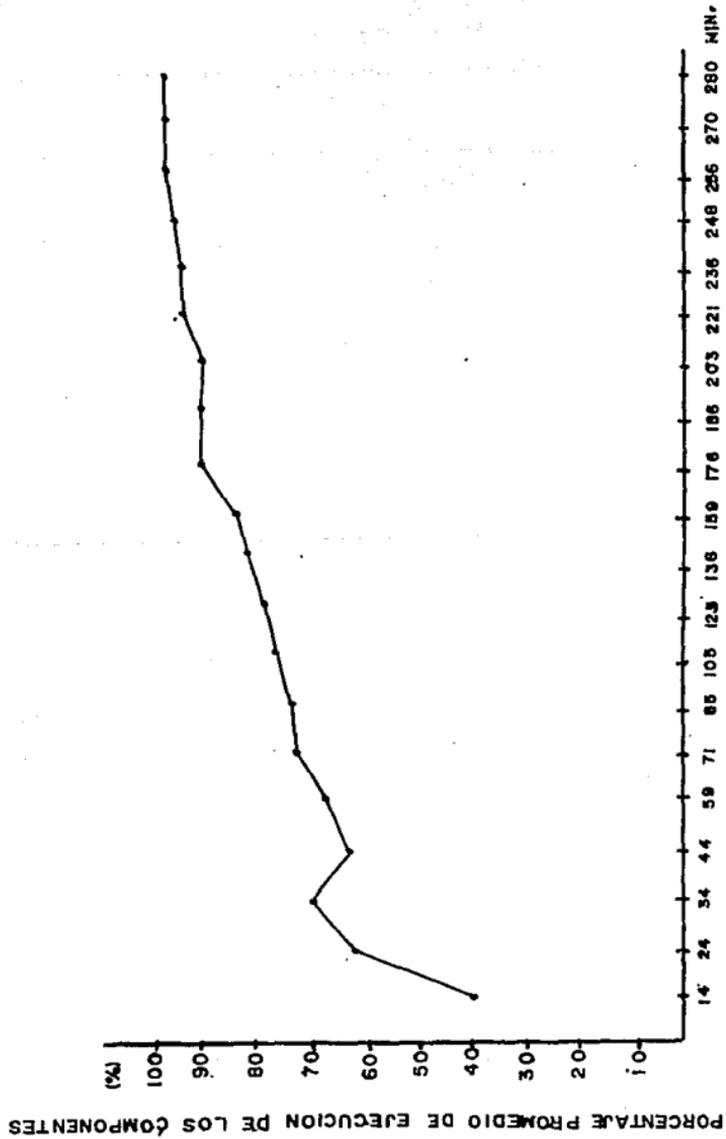


FIGURA No 2 PORCENTAJE PROMEDIO DE EJECUCION DE LOS COMPONENTES QUE INTEGRARON LA DESTREZA DE "MODALES EN LA MESA" EN FUNCION DEL TIEMPO DE ENTRENAMIENTO DEL PACIENTE 1.



TIEMPO DE ENTRENAMIENTO

FIGURA No 3 PORCENTAJE PROMEDIO DE EJECUCION DE LOS COMPONENTES QUE INTEGRARON LA DESTREZA DE MODALES EN LA MESA EN FUNCION DEL TIEMPO DE ENTRENAMIENTO DEL PACIENTE 2.

PORCENTAJE PROMEDIO DE EJECUCION DE LOS COMPONENTES

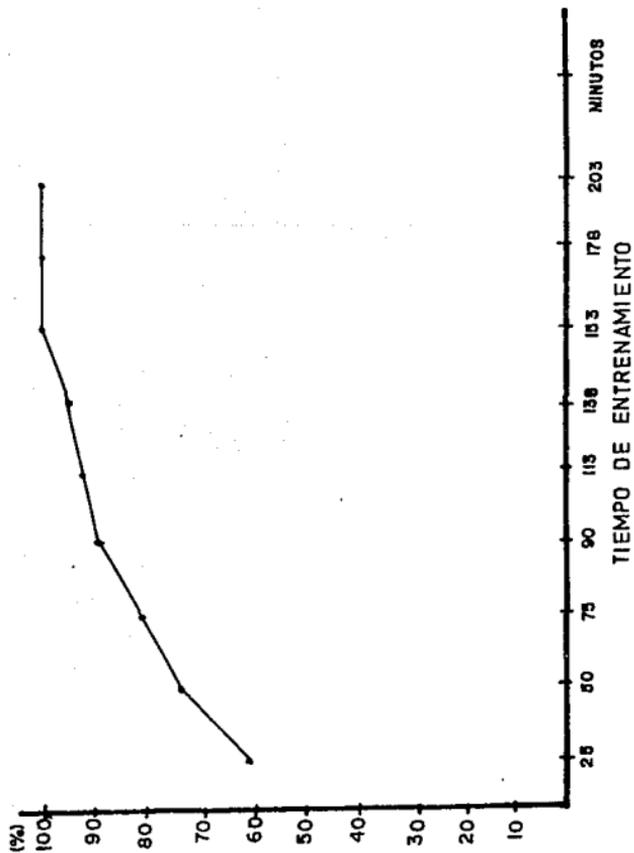
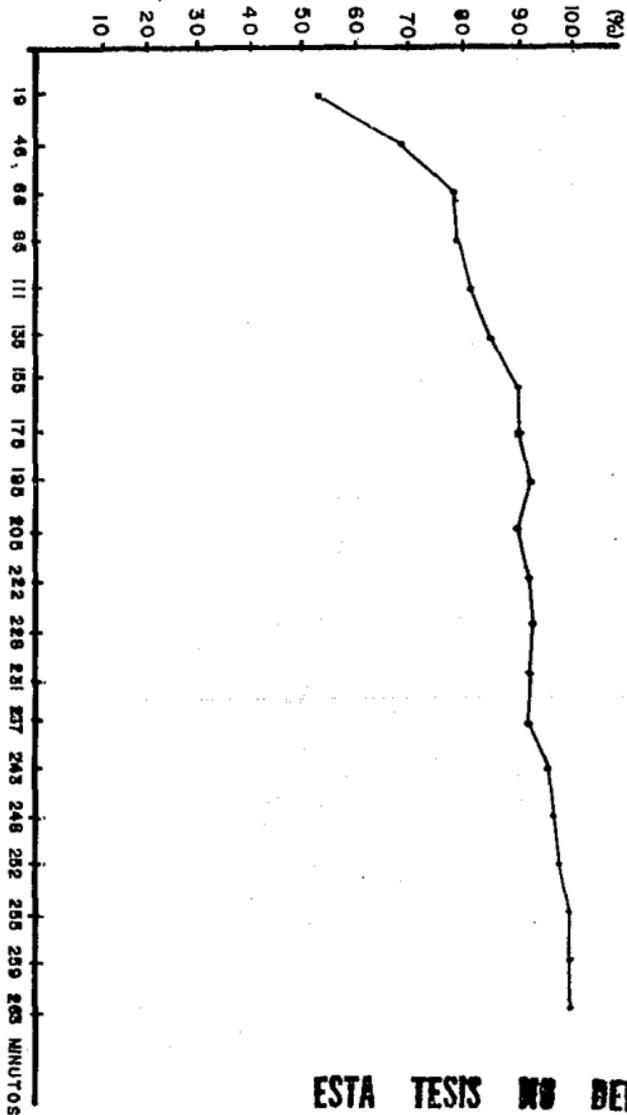


FIGURA No 4 PORCENTAJE PROMEDIO DE EJECUCION DE LOS COMPONENTES QUE INTEGRARON LA DESTREZA DE "MODALES EN LA MESA" EN FUNCION DEL TIEMPO DE ENTRENAMIENTO DEL PACIENTE 3.

PORCENTAJE PROMEDIO DE EJECUCION DE LOS COMPONENTES



TIEMPO DE ENTRENAMIENTO

FIGURA No 5 PORCENTAJE PROMEDIO DE EJECUCION DE LOS COMPONENTES QUE INTEGRARON LA DESTREZA DE "MODALES EN LA MESA" EN FUNCION DEL TIEMPO DE ENTRENAMIENTO DE LOS PACIENTES 1,2 Y 3.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

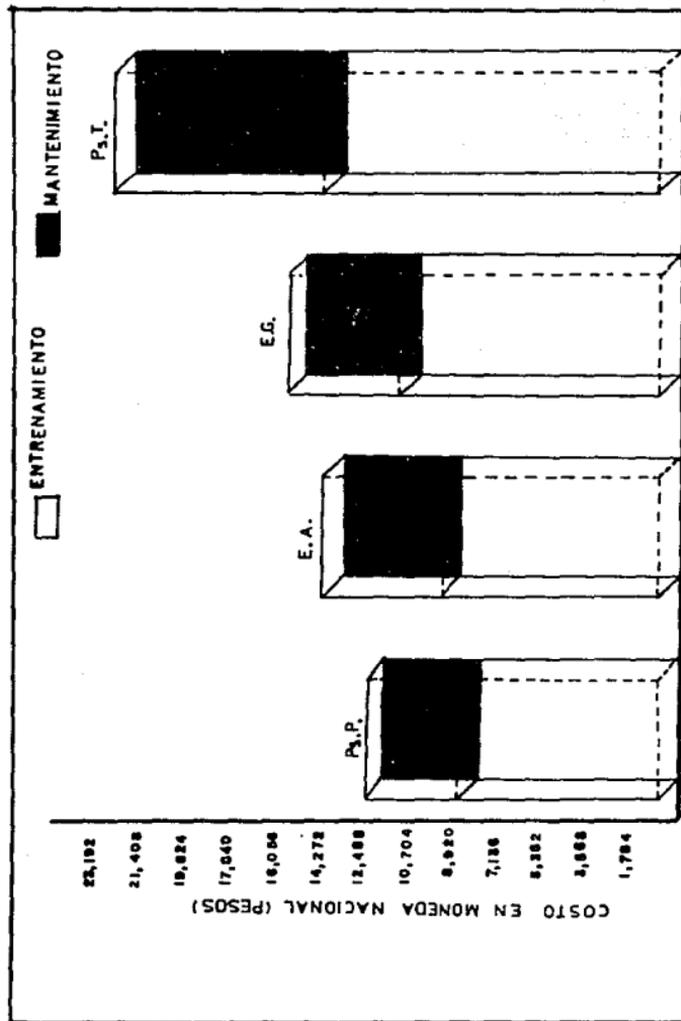


FIG. No.6a COSTO DEL ENTRENAMIENTO CON Y SIN MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LA CATEGORIA DEL PERSONAL DE 1988.

Ps. P. PSICOLOGO PASANTE
 E. A. ENFERMERA AUXILIAR
 E. G. ENFERMERA GENERAL
 Ps. T. PSICOLOGO TITULADO

TABLA No 1 COSTO DEL ENTRENAMIENTO

| CATEGORIA PERSONAL | SUELDO POR HORA | COSTO DEL ENTRENAMIENTO | COSTO DEL MANTENIMIENTO |
|--------------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| PSICOLOGO PASANTE * | \$ 1,784.00 | \$ 7,819.86 | \$ 12,279.69 |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA * | \$ 1,890.00 | \$ 8,284.5 | \$ 13,009.5 |
| ENFERMERA GENERAL * | \$ 2,175.00 | \$ 9,533.75 | \$ 14,971.25 |
| PSICOLOGO TITULADO * | \$ 3,142.00 | \$ 13,772.43 | \$ 21,627.08 |

* SALARIO CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO SEMESTRE DE 1988.

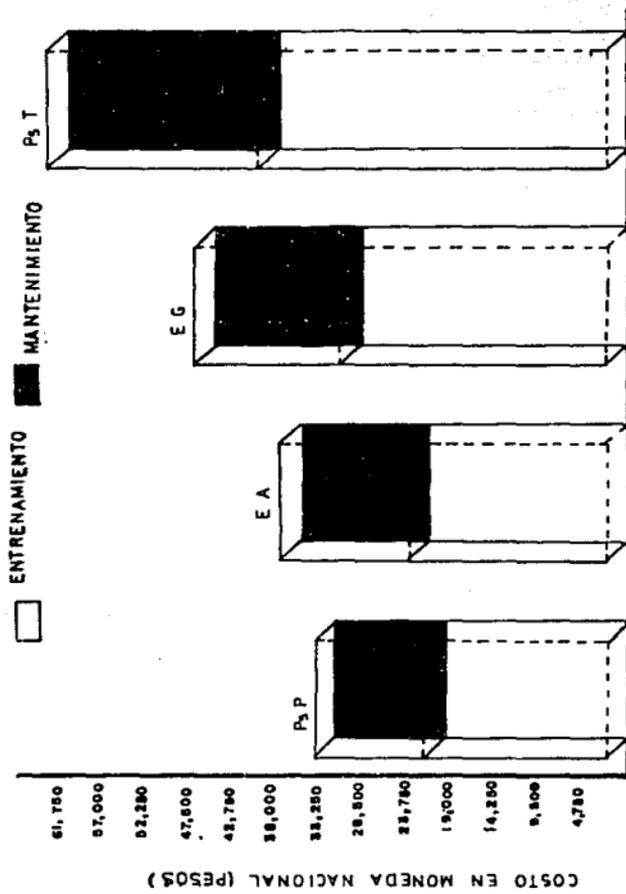


FIG N° 6b COSTO DEL ENTRENAMIENTO CON Y SIN MANTENIMIENTO DE ACUERDO A LA CATEGORIA DEL PERSONAL DE 1992.

- Ps P PSICOLOGO PASANTE
- E A ENFERMERA AUXILIAR
- E G ENFERMERA GENERAL
- Ps T PSICOLOGO TITULADO

TABLA No.1 COSTO DEL ENTRENAMIENTO Y
 MANTENIMIENTO

| CATEGORIA PERSONAL | SUELDO POR HORA * | COSTO DEL ENTRENAMIENTO | COSTO DEL MANTENIMIENTO |
|------------------------|-------------------|-------------------------|-------------------------|
| PSICOLOGO PASANTE | * \$ 4,750 | \$ 20,820.83 | \$ 32,895.48 |
| AUXILIAR DE ENFERMERIA | * \$ 5,050 | \$ 22,135.83 | \$ 34,760.48 |
| ENFERMERA GENERAL | * \$ 6,625 | \$ 29,039.58 | \$ 45,601.73 |
| PSICOLOGO TITULADO | * \$ 8,850 | \$ 36,792.5 | \$ 60,917.5 |

* SALARIO CORRESPONDIENTE DEL PRESENTE AÑO

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio con el entrenamiento de la destreza de "Modales en la Mesa" en tres pacientes mentales crónicos hospitalizados, serán analizados tomando como base los siguientes criterios:

Efectividad del Entrenamiento.

Como se pudo observar, la combinación de los cinco niveles de asistencia (procedimiento de enseñanza) y el método de análisis de tarea fueron efectivos para el establecimiento de la destreza de "Modales en la Mesa", en virtud de que los tres pacientes seleccionados adquirieron la totalidad del 100% de los componentes que conformaron dicha destreza, no obstante el tipo de diagnóstico que presentaron los pacientes.

Por otra parte, la efectividad demostrada se vió reforzada por el tipo de diseño experimental aplicado, ya que éste permitió determinar con claridad la ejecución individual de cada paciente sin que fuese necesario llevar a cabo una reversión, por lo que se deduce que los resultados obtenidos se deben exclusivamente a los procedimientos de enseñanza comprendidos en los "Niveles de Asistencia". Asimismo, se observó, después de cinco años, la

efectividad de este tipo de entrenamiento.

Facilidad en la Adquisición de la Destreza.

En lo que concierne al tiempo que requirieron los tres pacientes para lograr el criterio del entrenamiento, éste fluctuó de paciente a paciente, observándose que el paciente 3, con un diagnóstico de "Retraso Mental Moderado y Epilepsia tipo gran mal", se llevó el menor número de sesiones y tiempo, el cual fué de nueve sesiones y 203 minutos. El paciente 2, que presentaba un diagnóstico de "Retraso Mental Medio y Alcoholismo Episódico", requirió el mayor número de sesiones, siendo éstas de 20 sesiones y 280 minutos.

Estos datos, en general sugieren que los procedimientos de enseñanza que comprenden los cinco niveles de asistencia fueron sensibles con este tipo de pacientes, los cuales presentaron un diagnóstico similar con variantes en su severidad y aunado a ello otro tipo de problemática. Como se sabe, el paciente con retraso mental (oligofrénico), es el que mayor grado de dificultad presenta para la enseñanza de cualquier conducta, debido principalmente a que presenta daño orgánico, y por otro lado al tiempo que han estado hospitalizados.

Costo.

Los costos en cuanto a la inversión de horas/hombre que se necesitaron para llevar a cabo el entrenamiento de "Modales en la Mesa", son mínimos, en virtud de que se invirtieron 263 minutos en promedio. Considerándose que después del entrenamiento únicamente se requiere una supervisión para asegurarse que los pacientes realicen adecuadamente la destreza, por lo que no será necesario que el personal esté presente todo el tiempo en que los pacientes ingieran sus alimentos.

Efectividad del Mantenimiento.

Como se pudo observar, la destreza de "Modales en la Mesa", aún se mantiene con un alto índice de porcentaje, debido principalmente a las técnicas y procedimientos utilizadas en el entrenamiento, es decir, a la aplicación de los niveles de asistencia. Esto se corrobora porque a cinco años de su entrenamiento la destreza adquirida se ha mantenido en un 90% en promedio, lo cual nos indica una vez más el éxito del programa en estos pacientes con alguna desventaja. Asimismo, cabe aclarar que el programa actualmente no recibe el apoyo suficiente, por lo que tiene algunas variantes como son: las listas de chequeo

conductual no se llevan tan minuciosas, se trabaja más generalizado, el tratamiento que reciben los pacientes es más de consejo psicológico, atención a los familiares y terapias grupales, etc.

Asimismo, cabe señalar que para llevar a cabo este tipo de entrenamiento, se necesita capacitar al personal que llevará a cabo el manejo de los cinco niveles de asistencia del Programa de Entrenamiento Conductual, por lo que en la actualidad existen manuales de enseñanza para el profesional, paraprofesional y no profesional, el cual contempla todas las destrezas desde el nivel 1 hasta el nivel 5, que a su vez comprenden las cuatro áreas (Resocialización, Instrumental, Control de conducta Bizarra y Reintegración Comunitaria) del tratamiento del programa con un enfoque Psicosocial.

En relación al análisis de los resultados, cabe hacer las siguientes consideraciones:

En primer lugar la utilización del método de "Análisis de Tarea" que señala una secuencia predeterminada, la cual cuenta con una serie de ventajas como son: el entrenador no requiere determinar la secuencia de los componentes individualmente, es decir, para cada paciente existe una uniformidad en el entrenamiento y permite que se

pueda replicar sin dificultades.

En segundo lugar, la selección de cinco estrategias de enseñanza (niveles de asistencia), permiten conocer cuál es el nivel inicial de ejecución del paciente, el determinar qué tipo de procedimientos son los más adecuados para su enseñanza, el que tenga un ritmo individual para alcanzar el nivel de ejecución requerido, lo cual apoya en su característica fundamental; el de ser un instrumento diagnóstico-prescriptivo.

En tercer lugar, estos resultados hacen factible que el personal administrativo y autoridades de la Institución Hospitalaria, posean los elementos necesarios para analizar y tomar decisiones acerca de su aplicación a un número mayor de pacientes que no se encuentren necesariamente recibiendo tratamiento dentro del Programa Psicosocial.

Por último, cabe señalar que el diseño experimental utilizado estuvo acorde con el objetivo principal, siendo éste "Determinar la efectividad y rapidez en la adquisición de la destreza de "Modales en la Mesa" y los cinco niveles de asistencia, así como el de dar solución a un problema de carácter práctico como lo fué el de enseñar a tres pacientes mentales, a comer adecuadamente.

Se puede concluir que la presente investigación representa el primer paso en la aplicación de un Programa de Entrenamiento Conductual para el paciente mental crónico hospitalizado, por lo que en las futuras investigaciones en este campo deberán centrar sus esfuerzos en validar para cada tipo de diagnóstico que configuran la gran población de pacientes mentales crónicos hospitalizados, los componentes en que se fragmentó la destreza, así como cada uno de los niveles de asistencia, estrategias de enseñanza; no sólo en esta destreza en particular, sino también en todas aquellas que competen en el tratamiento y rehabilitación de este tipo de población, así como también sensibilizar al personal de las Instituciones que este tipo de entrenamiento requiere poco tiempo y que redundará en beneficio del paciente y en el de ellos mismos.

En estos últimos conceptos es donde radica la importancia de la presente investigación y con base en ellos se deberá evaluar el éxito del mismo.

A N E X O S

DISTRIBUCION DE AREAS, REPERTORIOS Y DESTREZAS EN LOS SEIS NIVELES DE TRATAMIENTO.

| NIVEL | AREA | REPERTORIO | DESTREZA |
|-------|-----------------------------|-------------------------------|---|
| I | 1. Resocialización | 11. Autocuidado | 1101. usar retrere 1102. comer 1103. desvestirse 1104. vestirse 1105. lavarse manos 1106. cepillarse dientes 1107. lavarse cara 1108. sonarse nariz 1109. bañarse 1110. peinarse 1111. rasurarse 1112. cortarse uñas 1113. bolearse zapatos |
| | | 14. Recreacional I | 1401. escuchar musica 1402. ver televisión |
| | 2. Instrumental | 21. Aseo de la vivienda | 2101. tender cama 2102. barrer 2103. trapear 2104. sacudir 2105. lavar superficies planas 2106. lavar retrere y lavabo |
| | 3 Reintegración Comunitaria | 31. Adherencia al tratamiento | 3101 aceptar el medicamento |
| II | 1. Resocialización | 12. Interaccion personal I | 1201 saludar 1202 presentarse 1203 presentar a otra persona 1204 pedir permiso 1205 dar las gracias 1206 contestar preguntas 1207 aceptar la critica |

ANEXO 1

| NIVEL | AREA | REPERTORIO | DESTREZA |
|-------|----------------------------|----------------------------------|---|
| | | 14. Recreacional II | 1403. hojear revistas 1404. operar tocadiscos 1405. operar radio 1406. operar televisión |
| | 2. Instrumental | 22. Pre-Vocacional | 2201. relacionadas con la tarea 2202. sociales en el taller |
| | 3. Relación Comunitaria | 31. Adherencia al Tratamiento | 3102. solicitar su medicamento 3103. reportar malestares físicos. |
| III | 1. Resocialización | 13. Comunicación I | 1301. leer 1302. escribir 1303. sumar 1304. restar 1305. multiplicar 1306. dividir |
| | | 14. Recreacional III | 1407. jugar damas 1408. sumar rompecabezas 1409. jugar dominó 1410. jugar lotería 1411. jugar ping-pong 1412. jugar gato 1413. jugar submarino 1414. jugar vencidas 1415. jugar albur 1416. jugar conquin 1417. jugar poker |
| | 2 Instrumental | 23. Vocacional | 2301. sembrar maíz 2302. elaborar calzado 2303. elaborar llaveros 2304. lavar ropa 2305. elaborar porta plumas 2306. elaborar llavero de zapato 2307. elaborar bolsa 2308. elaborar cartera |

| NIVEL | AREA | REPERTORIO | DESTREZA |
|-------|------------------------------|-------------------------------|---|
| | 3 Reintegración Comunitaria | 31. Adherencia al Tratamiento | 3104. ejecutar rutina |
| IV | 1. Resocialización | 11. Autocuidado II | 1114. tener una adecuada apariencia personal |
| | | 14. Recreacional IV | 1418. salir de paseo en camión 1419. preparar botanas 1420. asistir a eventos socio-culturales |
| | | 12. Interacción Personal II | 1208. modales en la mesa |
| | 2. Instrumental | 24. Pre-Laboral | 2401. pre-laborales normativas hospitalarias |
| | | 25. Vida Independiente | 2501. usar licuadora 2502. usar estufa 2503. usar lavadora 2504. usar plancha 2505. lavar ropa 2506. surtir ropa 2507. planchar ropa |
| | 3. Reintegración Comunitaria | 31. Adherencia al Tratamiento | 3105. autoadministrarse el medicamento |
| V | 1. Resocialización | 12. Interacción Personal II | 1209. recibir visitas 1210. describir el programa 1211. expresar su opinión |
| | | 13. Comunicación II | 1307. relectar 1308. leer mapas y guías 1309. llenar formas 1310. manejar medidas de longitud 1311. manejar medidas de peso 1312. manejar medidas de volumen |

| NIVEL | AREA | REPERTORIO | DESTREZA |
|-------|------------------|--------------------------------------|--|
| | | 14. Recreacional V | 1421. jugar baloncesto 1422. correr 1423. jugar futbol 1424. jugar volibol |
| | 2. Instrumental | 26. Laboral I | 2601. laborales normativas extrahospitalarias 2602. comportarse socialmente y con normas de seguridad en trabajo |
| | | 25. Vida Independiente | 2508. administrar dinero 2509. distribuir despensa 2510. preparar sopas 2511. preparar guisos 2512. preparar salsas 2513. preparar postres 2514. preparar bebidas frias 2515. preparar bebidas calientes |
| | 3. Reintegración | 31. Adherencia al tratamiento | 3106. autoprogramarse actividades 3107. autoregistrarse |
| | | 32. Uso de Servicios Comunitarios | 3201. ir de compras al mercado 3202. utilizar camión o trolebús 3203. utilizar metro 3204. utilizar autobús foráneos 3205. utilizar taxi 3206. utilizar pesero 3207. utilizar teléfono 3208. utilizar correo 3209. utilizar telégrafo |

| NIVEL | AREA | REPERTORIO | DESTREZA |
|-------|------------------------------|-------------------------------|---|
| | | | 3210. utilizar servicios bancarios 3211. solicitar información en módulos de orientación |
| VI | 1. Resocialización | 12. Interacción Personal III | 1212. iniciar, mantener y terminar una conversación 1213. solucionar problemas individuales 1214. solucionar problemas grupales 1215. actuar asertivamente |
| | | 14. Recreacional VI | 1425. autoprogramarse tiempo libre |
| | 2. Instrumental | 26. Laboral II | 2603. buscar empleo - intensivamente 2604. trabajar en la comunidad extra-hospitalaria |
| | 3. Reintegración Comunitaria | 31. Adherencia al Tratamiento | 3108. autoadministrarse incentivos |

LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL

AREA: 1. RESOCIALIZACION
 REPERTORIO: 12. INTERACCION PERSONAL II
 DESTREZA: 1208. MODALES EN LA MESA

| | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE: _____ | CLAVE No.: _____ |
| HOSPITAL: _____ | CLAVE PABELLON: _____ |
| EVALUADOR: _____ | CONFIABILIDAD: _____ FECHA: _____ |
| ESCENARIO: _____ | HORA INICIAL: _____ HORA FINAL: _____ |

INSTRUCCIONES: Evalúe cada "paso" en que se ha fragmentado la destreza, anotando en el Espacio correspondiente a cada Ensayo, uno de los seis Códigos que se enlistan, según sea el Nivel de Asistencia utilizado en lograr que el paciente los ejecute correctamente. Todos los aspectos relacionados con la implementación de la evaluación de esta destreza (escenario, materiales, pre-requisitos, procedimientos y criterios de definición) se encuentran en la Sección de "Procedimiento de Evaluación" del Manual.

| CODIGO | NIVELES DE ASISTENCIA |
|--------|---|
| 0 | = INSTRUCCION GENERAL |
| 1 | = INSTRUCCION ESPECIFICA |
| 2 | = INSTRUCCION ESPECIFICA + GESTOS O SEÑAS |
| 3 | = INSTRUCCION ESPECIFICA + MODELAMIENTO |
| 4 | = INSTRUCCION ESPECIFICA + GUIA FISICA MANUAL PARCIAL |
| 5 | = INSTRUCCION ESPECIFICA + GUIA FISICA MANUAL TOTAL |

SITUACION: Se encuentra en la "Villa", es hora de comer y en el comedor ya está todo dispuesto para tal actividad.

INSTRUCCION GENERAL: "Vaya a comer".

| ANALISIS DE TAREA | ENSAYOS | | | | |
|--|---------|---|---|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | NAU* | NAC* |
| 01 Se mantiene sentado en la silla | | | | | |
| 02 Recarga la espalda en el respaldo | | | | | |
| 03 Mantiene los codos fuera de la mesa | | | | | |
| 04 Dirige la mirada hacia el recipiente | | | | | |
| 05 Toma el recipiente con la mano predominante | | | | | |
| 06 Acerca el recipiente hacia su plato | | | | | |
| 07 Toma la cuchara con la mano derecha | | | | | |
| 08 Se sirve la comida, sin derramarla | | | | | |
| 09 Deja el recipiente y la cuchara | | | | | |
| 10 Introduce la cuchara en la sopa | | | | | |
| 11 Se lleva la cuchara a la boca | | | | | |

Continuación de la LISTA DE CHEQUEO CONDUCTUAL del AREA: 1. RESOCIALIZACION; REPERTORIO: 12. INILTRACION PERSONAL II DESTREZA: 1208 MODALES EN LA MESA.

| ANALISIS DE TAREA | ENSAYOS | | | | |
|---|----------|---|---|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | NAU* | NAC* |
| 12 No sorbe la sopa | | | | | |
| 13 Mastica los alimentos | | | | | |
| 14 Espera a que se pase el bocado | | | | | |
| 15 Lleva otro bocado a la boca | | | | | |
| 16 Agarra el cuchillo con la mano derecha | | | | | |
| 17 Apoya el dedo índice en el cuchillo | | | | | |
| 18 Agarra el tenedor con la mano izquierda | | | | | |
| 19 Apoya el dedo índice en el tenedor | | | | | |
| 20 Ensarta el tenedor en la carne | | | | | |
| 21 Corra un pedazo de carne con el cuchillo | | | | | |
| 22 Lleva a la boca el pedazo de alimento | | | | | |
| 23 Introduce el pedazo de alimento en la boca | | | | | |
| 24 Mastica el pedazo de alimento varias veces | | | | | |
| 25 No hace ruido al masticar | | | | | |
| 26 Pasa el alimento | | | | | |
| 27 Espera a que se pase el alimento | | | | | |
| 28 Lleva otro bocado a la boca | | | | | |
| 29 Agarra la jarra con la mano derecha | | | | | |
| 30 Agarra el vaso con la mano izquierda | | | | | |
| 31 Se sirve agua en el vaso sin derramarla | | | | | |
| 32 Toma el agua sin derramarla | | | | | |
| 33 Deja el vaso sobre la mesa | | | | | |
| 34 Utiliza la servilleta para limpiarse | | | | | |
| 35 No se levanta de la silla cuando come | | | | | |
| 36 No habla con alimentos en la boca | | | | | |
| 37 No tira el plato de la comida | | | | | |
| | SUBTOTAL | | | | |

% de ejecución: _____

NAU* = "Nivel de Asistencia Utilizado"
corresponde a la "media aritmética"
de los tres ensayos.

NAC* = "Nivel de Asistencia Criterio": ver Manual.

BIBLIOGRAFIA

- Abramo, B. Feder, H., Geismar, H., Gelwasser, R., Laidre, T., - -
Leibowitz, G., Stuaburger, G., and Sack, L. (1975). Teaching
the retarded child basic teaching procedures for task perfor-
mance objectives. Medical Examination Publishiny, Co. Inc.
- Alexander, F. y Selesnick, S. (1970) Historia de la Psiquiatria.
Barcelona, Edo. Expaxs.
- Ayala, H. E., Chism, S. K. Cárdenas K. G. Rodríguez, B. M., Cervantes,
G. L. y Caballero, S. P. (1982). Una alternativa al
tratamiento de enfermos mentales crónicos. Salud Mental, 5, -
87-93.
- Ayllon, T. and Azrin, M. H. (1968). Token Economy. New York: - - - -
Appleton - Century, Crafts.
- Azrin, N. H. (1977). A Strategy for applied research learning base but
outcome oriented. American Psychologist, febrero, 140-149.
- Azrin, N. H. and Armstrong, P. H. (1973) the "Mini-Meal". A method for
teaching eating skills to the profoundly retarded Mental - -
retardation, 11, 9-13.

Azrin, N. H. Shaefer, R. M. and Wesoloswki, M. P. (1976). A rapid method of teaching the pordundly retarded persons. To dress - by reinforcement - quiadance method. Mental retardation, 14, 29-33.

Baer, D. M., Worf, M. H. and Risley To (1968). Some current demensions of applied behavior analysis. Journal of applied behavior analysis, 1, 91-97.

Bender, M. and Valletutti, P. J. (1976). Curriculum, objetives, strategies and autirities. Behavior self-care and motor skilks, - vol.1. Baltimore University Press.

Brueske, S. and Cuvo, A. J. (1985). Teaching home cleaning skills to a blind client. Journal of visual impairment and blindness, 79, 18-23.

Caballero, S. P., Cervantes, G. C. y Rodriguez, B. M. (1981). Un modelo de reeducación para pacientes mentales crónicos hospitaliza-- dos. Tesis Profesional. Facultad de Psicología, UNAM.

Cuvo, A. J. and Davis, P. K. (1983). Behavior therapy and community living skills. En M. Hersen, R. M. Eisler and D. M. Miller (eds). Progress in behavior modification (vol.14). New York: Academic Press.

De la Parra, A. Escobar, O. y Rubio, S. (1983). Características Psicosociales de pacientes crónicos hospitalizados. Salud Pública, 25, 161-172.

Foxx, R. M. (1982). Increasing behaviors of severely retarded and autistic persons. Champaign, 111: Research Press

Goffman, E. (1961). Asylums. New York: Garden City.

Goldfriend, M. R. and Pomeranz, D. M. (1968). Role of assessment in behavior modification. Psychological reports, 23, 75-87.

Greenberg, D. J., Scott, S. B., Pisa, A. and Fresen, D. D. (1975). Beyond the token economy: A comparison of two contingency programs. Journal of consulting and clinical psychology, - 43, 498-503.

- Gruenberg, E. M. (1967). The social breakdown syndrome: Some origins. American journal of psychiatric, 123, 12-20.
- Gurel, L. (1966). Release and community stay criteria in evaluation treatment. En P. Hoch and J. Zubin (eds). Psychopathology of schizophrenia. New York: Grune and Stratton.
- Hassall, C. Spencer, A. and Cross, H. (1975). Some changes in the composition of a mental hospital. British journal of Psychiatry, 11, 420-428.
- Haynes, S. N. (1978). Principles of behavioral assessment. New York: Garden Press.
- Hersen, M. and Barlow, D. H. (1976). Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change. New York: Pergamon Press.
- Horner, R. D. and Keilitz, I. (1975). Training mentally retarded adolescents to brush teeth. Journal of applied behavior analysis, 8, 301-304.

Kazdin, A. (1980). Acceptability of alternative treatments for deviant child behavior. Journal of applied behavior analysis, 13, - 259-273.

Kazdin, A. (1980). Research designs in clinical psychology. New York: Harper and row publishers.

Kazdin, A. (1980). Basic concepts and models of abnormal psychology. En A. E. Kazdin, A. S. Bellack and M. Hersen (eds). New - perspectives in abnormal psychology. New York: Oxford - - University Press.

Kramer, M. Pollack, E. and Rednich, R. (1961). Studies of the incidence and prevalence of mental disorders in the United States: - - Current status and future goal. En P. Hoch and J. ubin (eds). Comparative epidemiology of the mental disorders. New York: Grune and Stratton.

La Jornada 14 de julio de 1992, pág. 26.

Lovaas, I. (1980). The me book. Baltimore, Maryland University park Press.

- Ludwing, A. M. (1971). Treating the treatment failures; The challenge of chronic schizopbrrennia. New York: Grupe and Stratton.
- Madariaga, A. A. (1976). Aplicación de un Programa para incrementar - conductas adecuadas en la mesa en sujetos con retardo en el desarrollo. Tesis Profesional. Facultad de Psicología, UNAM.
- Maley, R. F., Feldman, G. I. and Ruskin, R. S. (1973). Evaluation of patient improveinte in a token economy treatment program. Journal of abnormal psychology, 82, 141-144.
- Milby, J. B. Pendergrass, P. E. and Clarke, C. J. (1975). Token - - economy vs. control ward: A comparison of staff and patient attitudes toward environment. Behaviotherapy, 6, 22-30.
- Nelson, R. O. and Haynes, S. C. (1981). Some current dimensions of - behavioral assessment. Behavioral assessment, 1, 1-16.
- Paul, G. L. (1969 b) Chronic mental patients: Current Status future directions. Psychological bulletin, 71, 81-94.

Paul, G. L. and Lentz, R. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients. Cambridge: Harvard, University Press.

Phillips, E. L. Phillips, E. A., Fixsen, D. C. and Wolf, M. M (1974). The teaching family handbook, Kansas: Kansas University - Press.

Pucheu, C. (1981). Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental. Salud Mental, 4, 4-14.

Quiroga, A. H., Rodríguez, B. M., Cárdenas, L. G., Vite, Mata, M. A., Molina, A. J. y Ayala, H. E. (1986). Programa de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México: Descripción, resultados y - perspectivas. Revista Mexicana de Psicología, 3, 4-58.

Quiroga, A. H., Rodríguez, B. M., Vite, S. A. y Mata, M. A. (1987). La Salud Tlazolteotl: Un programa conductual para el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos hospitalizados. Reporte. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Quiroga, H. (1982). La rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado: Descripción, resultados y perspectivas. Memorias la reunión sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, D. F.

Rodríguez, A. C. (1980). El quehacer psiquiátrico mexicano. En F. Basaglia, D. Cooper, M. Elkan, F. Gutiérrez, M. Langer, y C. Monsivais (eds). Antipsiquiatría y Política. Ed. Extemporáneos México, D. F.

Shenk, J. (1960). History of Psychiatric. Springfield III. Charles - C. Thomas.

Shaefer and Martin, P. (1966). Behavior therapy for hospitalized schizophrenics. Psychological reports, 19, 1147-1158.

Sthal, J. R. Thompson, L. E. Leitenberg, H. and Hasazi, J. E. (1974). Establishment of praise as a conditionen reinforcer in socially unresponsive psychiatric patients. Journal of abnormal psychology, 83, 468-496.

Stuart, R. B. (1970). Trick or treatment. Champaign, Ill. Research Press.

Ullman, L. P. (1967). Institutions and outcomes: A comparative study of psychiatric hospitals. New York: Pergamon Press.

Valencia, C. M. (1984). Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos hospitalizados. Tesis Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.

Vite, S. A. (1989). Evaluación de dos programas psicosociales para el tratamiento del paciente mental crónico hospitalizado. Tesis Maestría. Facultad de Psicología.

Wallace, C. J. and Davis, J. R. (1974). The effects of information and reinforcement on the conversational behavior of chronic psychiatric patient dyads. Journal of consulting and clinical psychology, 42, 656-662.

Williams, W. (1975). Procedures of task analysis as related to developing instructional programs for the severely handicapped. In L. Brown, T. Crowner, W. Williams and R. York (eds). Madison's alternative for zero exclusion: A book of reading. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin.

Wing, J. K. and Brown, G. W. (1970). Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals. Cambridge University Press.

Zusman, J. (1966). Some explications of the changing appearance of psychotic patients. In E. M. Gruenberg (ed). Evaluating the effectiveness of community mental health services. New York: Milbank.