



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL MODELO CONDUCTUAL
EN EL TRATAMIENTO Y REHABILITACION DE
PACIENTES ESQUIZOFRENICOS"

T E S I S
Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P r e s e n t a n

ADRIANA MALDONADO GUERRERO
MARIA MAGDALENA LOPEZ ROSAS

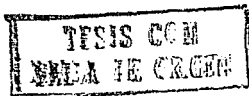
Director de Tesis Mtro. Samuel Jurado Cárdenas

Director de la Facultad: Dr. Juan José Sánchez Sosa



México, D. F.

1993





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

CONTENIDO

	Páginas
Introducción	5
CAPITULO I Esquizofrenia	10
1.1 <i>Antecedentes</i>	11
1.2 <i>Etiología</i>	16
1.2.1 Factores Genéticos	16
1.2.2 Factores Bioquímicos	18
1.2.3 Factores Psicosociales	20
1.3 <i>Sintomatología Básica</i>	25
CAPITULO II Modelo Conductual	30
2.1 Tratamiento Médico Tradicional	32
2.2 Terapia Psicodinámica	36
2.3 Antecedentes del Modelo Conductual	38
2.4 Antecedentes del Modelo Conductual en México	58
2.5 Técnicas y procedimientos	66
2.6 Definición conductual de Esquizofrenia	80

CONTENIDO

Capítulo III Impacto del Modelo Conductual	81
3.1 Metodología de Análisis	81
3.2 Análisis y Evaluación de Programas y Modelos	89
3.3 Análisis Histórico	130
3.4 Prospectiva	132
CONCLUSIONES	136
APENDICE	142
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	149

RESUMEN

La esquizofrenia es una psicosis que se caracteriza por trastornos del pensamiento, lenguaje y conducta, además de alteraciones perceptuales tales como delirios y alucinaciones cuyas causas se atribuyen a factores genéticos, bioquímicos y psicosociales o una combinación de éstos, sin que hasta la fecha se identifique un factor específico. Se ha observado que la prevalencia de la esquizofrenia en México y en diversos países es del 1% de la población, y que gran parte de los pacientes mentales crónicos hospitalizados, se diagnostican con esquizofrenia. Por lo que han surgido diversos investigadores interesados en conocer sus características, etiología y evolución, así como las diversas formas de tratamiento.

Hasta la fecha destaca: 1) el médico psiquiátrico tradicional; 2) los tratamientos individuales a través de la comunicación verbal como el psicodinámico y 3) las terapias basadas en la Modificación de Conducta (Solomon, 1976; Broustra, 1979; Ey, 1980).

Existe evidencia de que la Terapia de la Conducta ha ganado aceptación en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, además de los cuestionamientos encontrados respecto a la aplicación del modelo médico psiquiátrico tradicional y el psicodinámico (Martin 1991; Davison y Neale, 1990).

El objetivo del presente estudio, fue realizar un análisis del impacto que tiene el modelo conductual en el tratamiento de este tipo de pacientes, de su familia, la comunidad y las instituciones de salud mental. Entendiéndose por impacto a la descripción e identificación de las alteraciones que produce un determinado factor (programas y modelos de tratamiento) en una situación dada (conductas de pacientes psiquiátricos). Para alcanzar dicho objetivo, se realizó el análisis de programas y modelos de tratamiento, en los que se consideró la selección de pacientes, el tipo de diseño, las técnicas de intervención, la incidencia en conductas, el tiempo de aplicación, el mantenimiento, seguimiento y generalización, el uso de otros tratamientos, el porcentaje de recaídas, la adherencia al tratamiento, incorporación de la familia, expectativas, insatisfacción y costo y prospectiva del Modelo Conductual en México (Lieberman, 1973; Aguilar, 1987)

Los resultados mostraron que el Modelo Conductual es efectivo para la rehabilitación del paciente esquizofrénico; no obstante se observa que en algunos estudios, no se aplican adecuadamente las técnicas y procedimientos, no realiza un seguimiento y generalización a largo plazo en la comunidad, no se trabaja con los familiares, no se toman en cuenta las contingencias del medio y la vulnerabilidad al estrés por parte de los pacientes y no se lleva a cabo un control sobre el medicamento. por lo que más del 40% de los que son dados de alta, sufren recaídas después del primer año (Tarrier y col., 1989; Martin, 1991).

Investigadores como Liberman (1973-1986), Tarrier y col., (1989-1992), se interesan por el trabajo de los pacientes en la comunidad, realizando seguimiento, implementando programas de tratamiento para el manejo y control de habilidades de vida en el paciente y el trabajo directo con los familiares , para su orientación y control de los niveles de Emoción Expresada.

En lo que respecta al modelo conductual en México, se ha observado que algunos programas y modelos de tratamiento han producido impacto en la rehabilitación de este tipo de pacientes, asimismo ha impactado a profesionales de la salud al corroborarse su efectividad, pero este es limitado ya que existen pocas investigaciones y estas son interrumpidas inesperadamente por diversos factores, como la falta de recursos, carencia de personal capacitado, que al no estar preparado influye en la patología de los pacientes y en la presencia de conductas bizarras.

INTRODUCCION

A través del tiempo, se han realizado diversos esfuerzos para conocer y tratar los síntomas o pautas de comportamiento patológico que presenta el enfermo diagnosticado con esquizofrenia. A finales del siglo XVIII, esta enfermedad junto con todos los problemas de salud mental, se agrupaba bajo el encabezamiento de locura, separada en dos categorías; **manía y melancolía**. El desarrollo y conocimiento de la enfermedad, así como los intentos por identificar sus causas, dieron origen a diversas formas de tratamiento, como las curas insulínicas, el electrochoque la psicocirugía, los psicofármacos y posteriormente, las psicoterapias basadas en la comunicación verbal y en la modificación de conducta entre otras.

Actualmente, la esquizofrenia, es considerada como una psicosis grave con síntomas clínicos precisos, como trastornos de pensamiento, lenguaje y conducta, así como alteraciones de percepción (alucinaciones y delirios); y se atribuye a causas genéticas, bioquímicas o psicosociales, o a una combinación de estas; su evolución es larga e incierta y en ocasiones conduce a las personas que la padecen al internamiento (Broustra 1979).

En el análisis de diversos estudios, la OMS ha establecido que el 10% de la población tiene la probabilidad de sufrir, alguna vez en la vida, una enfermedad mental mayor. En un estudio multicéntrico se detectaron similitudes en la prevalencia de la esquizofrenia en diferentes países desarrollados y subdesarrollados. Se ha estimado que el 1% de la población del mundo sufre esquizofrenia (De la Fuente, 1990).

En México según la Organización Panamericana de la Salud, se considera como prevalencia de esta enfermedad al 1% de la población. En datos estadísticos de hospitales psiquiátricos, se observa que es una de las enfermedades que se presenta con mayor frecuencia (50%) en pacientes hospitalizados (Informe Anual del Hospital Psiquiátrico "Doctor Samuel Ramírez Moreno", 1992; Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, 1993).

De ahí el interés de los profesionales de la salud en investigar sobre sus características, etiología, evolución y diversas formas de tratamiento que lleven a la readaptación y rehabilitación de las personas que la padecen.

INTRODUCCION

Existe evidencia de que el modelo conductual es uno de los más utilizados en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes esquizofrénicos. Destacan los trabajos desarrollados por Ayllon y Azrin, 1968; Bostow y Baley, 1969; Fox y Azrin, 1972; Paul y Lentz, 1977; Domínguez, 1969-1972; Ayala y col., 1980; Caballero y col., 1981; Ryan y col., 1982; Klonof y Moore, 1984; Quiroga y col., 1986; Valencia y col., 1984-1986; Castrejon y col., 1988-1992; Tarrier, Barrowclough, Falloonn, Vaughn, entre 1984 y 1992.

El presente trabajo analiza el alcance, limitaciones, efectividad, importancia, incidencia e impacto del modelo conductual en el tratamiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico, su familia, instituciones de salud mental y la comunidad; a través de la revisión de programas y modelos de tratamiento.

Para efectos de esta investigación se entiende por impacto a la descripción e identificación de las alteraciones que produce un factor determinado; en este caso el modelo conductual en una situación dada, por ejemplo las conductas y síntomas de los pacientes esquizofrénicos. En la determinación del impacto se consideran cuatro campos de análisis: a) la patología del paciente, b) la familia, c) las instituciones de salud mental, d) la comunidad terapéutica; en los que se encuentran involucrados diversos actores, como los pacientes los familiares, los terapeutas y la comunidad.

En la evaluación y análisis, se tomaron en cuenta las técnicas de modificación de conducta que se utilizan con mayor frecuencia en el decremento e implementación de conductas con este tipo de pacientes; el tipo de diseño, tiempo de intervención, mantenimiento, seguimiento y generalización en la comunidad, combinación de tratamientos, porcentaje de recaídas, adherencia, incorporación de la familia, expectativas e insatisfacción; considerando como categorías de impacto al paciente, la familia y las instituciones de salud mental.

INTRODUCCION

Conocer el impacto del modelo conductual permitió identificar su inserción en el área de la salud mental, no sólo en diversos países sino principalmente en México; las limitaciones a las que se enfrenta, como por ejemplo los recursos económicos, los cambios políticos, las necesidades de aplicación las implicaciones teórico-prácticas y los requerimientos de actualización y adecuación de las técnicas de tratamiento.

El trabajo de investigación se dividió en tres capítulos; en el primero se desarrollan los antecedentes de la esquizofrenia; los factores causantes que pudieran incidir en la presencia de los trastornos, por ejemplo, genéticos, bioquímicos y psicosociales; la sintomatología básica que abarca alteraciones de pensamiento, lenguaje y percepción, así como alucinaciones visuales y auditivas.

En el capítulo dos, se caracteriza al Modelo Conductual, describiendo sus antecedentes desde los primeros fisiólogos que relacionaron los reflejos y su repetición con el aprendizaje; los programas de tratamiento aplicados a diferentes trastornos mentales como la ansiedad, miedos o fobias, hasta su aplicación en trastornos patológicos como la psicosis entre éstas la esquizofrenia. Se considera la presencia de síntomas como problemas de aprendizaje; la aplicación de programas de tratamiento a pacientes diagnosticados con esquizofrenia en diferentes países y en México. Igualmente se analizan las técnicas y procedimientos más utilizados, para terminar con la definición conductual de esquizofrenia.

La evaluación y análisis del impacto que tiene el modelo conductual en el tratamiento y rehabilitación de este tipo de pacientes, se aborda en el capítulo tres con la revisión de algunos Modelos y Programas de tratamiento, estudio por estudio y su comparación en grupo considerando el tipo de conductas que se desean modificar o implementar, además de la relación y avance que presentan a través de los años.

INTRODUCCION

Por último se concluye sobre la aplicación, avances, alcances y limitaciones que presenta este Modelo de Tratamiento en diferentes países y sobre todo en México. Asimismo se determinan: las perspectivas de aplicación, qué aspectos se deben considerar para garantizar su éxito, la combinación con otros tratamientos como el farmacológico y la incorporación de diferentes actores sociales como la familia y la comunidad, ya que ésta es de vital importancia para decrementar el porcentaje de recaídas una vez que los pacientes son dados de alta.

Con base en lo anteriormente expuesto se proponen los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto del Modelo Conductual en el tratamiento y rehabilitación de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar las técnicas utilizadas para la rehabilitación y tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

Determinar los alcances de las técnicas de modificación de conducta en el tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos.

Determinar las limitaciones de las técnicas de modificación de conducta en el tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos.

Analizar el impacto que tiene la aplicación del modelo conductual en el tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos.

Analizar el impacto que tiene el modelo conductual en familias con pacientes esquizofrénicos.

Analizar el impacto que tiene el modelo conductual en las instituciones de salud mental.

INTRODUCCION

La presente investigación, se fundamentó en el método analítico-sintético, ya que permitió establecer situaciones particulares a partir de proposiciones generales y vice-versa, es decir, descomponer el todo en cada una de sus partes, para analizarlas separadamente y establecer relaciones, agrupándolas en una unidad más compleja.

Debido al carácter de análisis y evaluación, las actividades quedaron comprendidas en: a) recopilación y consulta de información; como libros artículos, publicaciones periódicas y tesis referentes a modificación de conducta, esquizofrenia, evaluación y análisis de contenido; y b) análisis y evaluación de la misma.

Para realizar el análisis de información, se consideró la descomposición del contenido en partes y su reorganización con una interpretación lógica; ya que esto permite conocer su totalidad y establecer interconexiones adecuadas.

La selección y clasificación de la información se realizó tomando en cuenta los siguientes pasos:

- 1) Localización de la información en bibliotecas, centros de documentación, Instituciones de Salud Mental como Hospitales Psiquiátricos y entrevistas a personas que trabajan con pacientes Mentales.
- 2) Selección de la información, considerando aquélla que estuviera relacionada con los temas contemplados en el estudio, y que fuera significativa.
- 3) Jerarquización y clasificación en base a los temas planteados y en orden cronológico para la elaboración de los antecedentes.
- 4) Delimitación de contenidos significativos con base en los cuales se identificaron los aspectos claves para su valoración y posteriormente poder establecer juicios y conclusiones.

CAPITULO I

Los antecedentes del término esquizofrenia se remontan al siglo XVIII, en donde todos los problemas de salud mental eran agrupados bajo el encabezamiento de locura, separados en dos categorías: **manía**, para ubicar a los pacientes que presentaban conductas extrañas y de agresividad y **melancolía**, para los pacientes que presentaban conductas de depresión (Broustra, 1979; Ey, 1980; Jackson, 1980).

La mayoría de los autores revisados (Broustra, 1979; Ey, 1980; Jackson, 1980; Page, 1982), mencionan que Pinel, a principios del siglo XIX, con base en sus observaciones, agregó a estas categorías la de demencia, la cual identificó como un trastorno del pensamiento, con pérdida de juicio, desaparición progresiva de las posibilidades de comunicación y aparición de conductas instintivas que interferían en la vida social; considerándola como un daño global e irreversible, característico de la vejez, por la degeneración simultánea de las células nerviosas y la perturbación de la circulación sanguínea encefálica.

Asimismo, señalan que Morel al detectar problemas de salud mental en jóvenes afectados por demencia, como si fueran víctimas precoces de esta enfermedad, introdujo el término de "**Dementia Praecox**" para su diagnóstico, ya que consideraba que uno de los rasgos principales de esta demencia era la estupidez o la debilidad mental, en la que existían estados de exaltación a los que denominó manías y estados de depresión o lipomanías (Broustra, 1979; Ey, 1980; Page 1982).

Otros clínicos importantes que toman en cuenta la mayoría de los autores son, Hecker quien notó que el debilitamiento mental rápido, generalmente sobrevenía entre los 20 y los 30 años, a lo que le asignó el término de hebefrenia (enfermedad mental de la gente joven); Kahlbaum, que se interesaba sobre todo por los trastornos psicómotores creando el término catatonía o locura con tensión muscular, para describir una condición en la que el paciente estaba mudo, inmóvil, mirando fijamente al espacio y sin mostrar reacciones a las impresiones sensoriales (Broustra, 1979; Ey, 1980; Page, 1982).

Ey (1980), en su tratado de Psiquiatría señala que a finales del siglo XIX y principios del XX, Kraepelin agrupó los trastornos de catatonía, hebefrenia y algunas psicosis paranoides bajo el encabezamiento general de **dementia praecox**, después de haber observado y explorado a diversos pacientes y discernir sobre las características comunes de casos aparentemente similares. Empleando este método catalogó la **dementia praecox**, como una sintomatología caracterizada por alucinaciones, ilusiones, emotividad incongruente, menoscabo de la atención, negativismo, comportamiento estereotipado y deterioro progresivo

Según Ey (1980), Kraepelin afirmaba que las enfermedades mentales incurables, eran consecuencia de procesos degenerativos de origen casi siempre hereditario, evolucionando irremisiblemente hacia la disgregación total de la persona y que cualquiera que fuese el medio de vida en que se desarrollara la **dementia praecox**, era importante su observación, ya que permitía identificar la peligrosidad del sujeto y la necesidad de su internación.

Cabe aclarar que los términos de hebefrenia y catatonía, permanecen hasta la fecha en el vocabulario clínico de la esquizofrenia, mientras que el de **dementia praecox** ha dejado de utilizarse.

En 1911 Bleuler, influenciado por pensadores de su época, como Chaslin, Seglas y Stransky, quienes consideraban que los trastornos de hebefrenia, catatonía y psicosis paranoides eran más que demencia, una disociación de la vida psíquica, propuso sustituir el concepto de **Dementia Praecox** por **Esquizofrenia**. La designación del término, tenía como propósito enfatizar sobre la escisión de las funciones psíquicas, que presentaban este tipo de pacientes, como la disociación del pensamiento, sentimientos, movimientos, etc. (Bleuler, 1967).

Asimismo enfatizó que el aspecto demencial de estos pacientes, se generaba por una desarmonía afectiva, y ésta a su vez repercutía en el intelecto tan intensamente, que daba la impresión de ser un verdadero deterioro (Bleuler, 1967).

Por otra parte, Bleuler clasificó los síntomas de esquizofrenia en dos clases: síntomas fundamentales o primarios y secundarios o accesorios, para explicar tanto su estructura como su contenido psicológico (Bleuler, 1987).

Los síntomas fundamentales abarcaban las disociaciones de pensamiento, sentimientos y movimientos y la tendencia a incluir en la realidad aspectos de la imaginación; mientras que los síntomas accesorios se referían a las alteraciones sensoriales como, ilusiones y alucinaciones ubicándolas principalmente en la esfera auditiva (Bleuler 1967).

Otra de las principales aportaciones de Bleuler (1967), es el concepto de autismo, el cual utilizó para referirse a cierta tendencia a desviarse de la realidad, excluyendo hechos internos y externos; características que se presentan especialmente en la esquizofrenia.

A partir de Bleuler, el término esquizofrenia es utilizado ampliamente para congregar todas las enfermedades mentales; a excepción de los maniaco-depresivos, epilépticos y los orgánicos, reduciendo así a la esquizofrenia a una disposición caracterial: la esquizoidia (Ey,1980; Page, 1982).

Mas tarde Minkowski (1985), asistente de Bleuler, separa la noción de esquizofrenia en dos factores: uno constitucional e inmutable, que viene a ser el esquizoidismo y otro nocivo de origen evolutivo, en el que se puede determinar un proceso mórbido elemental. La relación entre estos dos factores, determina la esquizofrenia.

Por otra parte, continúa sosteniendo la hipótesis de que la etiología de la enfermedad deviene de un trastorno orgánico cerebral y se interesa por la herencia de los esquizofrénicos llegando a la conclusión de que los descendientes de un esquizofrénico presentaban perturbaciones mentales (Minkowsky, 1985).

Freud (1973), contemporáneo de Bleuler y Minkowsky, trató de explicar los orígenes de la esquizofrenia, tomando algunos de los conceptos que había utilizado para explicar las neurosis. Su idea principal, era que el esquizofrénico regresa a un estado de "narcisismo primario" - una de las primeras fases de la etapa oral-, en donde no hay una diferenciación entre el "Yo" y el "Ello", por tanto no existe un "Yo" independiente capaz de enfrentarse a la realidad. Según Freud, en esta regresión el esquizofrénico pierde contacto con el mundo y retrae su libido de toda relación con estímulos externos.

Los principales síntomas de la esquizofrenia, como la falta de relaciones interpersonales y la pasividad, reflejaban para Freud esta regresión; otros síntomas como los delirios, las alucinaciones y las alteraciones en el lenguaje los consideraba como intentos para manejar los impulsos del "Ello", que exigen inmediata satisfacción y para establecer contacto con la realidad (Freud, 1973).

Posteriormente, Ey (1980), define a la esquizofrenia como una psicosis crónica delirante, que altera profundamente la personalidad y que se caracteriza por una transformación progresiva de la persona, quien interrumpe el contacto con la realidad para perderse en un pensamiento autístico e imaginario. Es uno de los primeros clínicos que propone una concepción integrista de la psicogénesis y organogénesis para explicar las causas que originan el proceso esquizofrénico.

Así durante largos años continúan las investigaciones, desarrollo y análisis de la esquizofrenia, convirtiéndose en uno de los temas principales de la psiquiatría, medicina, psicología y genética, por lo que el término se ha llegado a utilizar indiscriminadamente.

De ahí que los especialistas clínicos dedicaran sus esfuerzos para encontrar una definición universal aceptable de conducta anormal, y algunos propusieran posponer el uso del término y definición hasta que existiera un acuerdo general con respecto a esta psicosis; por lo que sugirieron aislar determinantes de la conducta y no explorar la esencia de la enfermedad, ya que a pesar de los múltiples problemas existentes para precisar el término no podía pasarse por alto que el padecimiento estuviese establecido (Sandler y Davison, 1977).

ETIOLOGIA

A fin de determinar las causas que originan la esquizofrenia, se han llevado a cabo numerosas investigaciones en las que casi cualquier variable concebible, fisiológica o psicosocial, es considerada como factor etiológico. A continuación se describen los factores que más se han estudiado:

Factores Genéticos

A través de los años se han acumulado evidencias que apuntan poderosamente a alguna contribución genética en las perturbaciones esquizofrénicas. Las investigaciones que apoyan la presencia del factor hereditario se engloban en tres tipos de estudios: 1) frecuencia de la esquizofrenia en la familia de los esquizofrénicos; 2) estudios con gemelos; y 3) estudios de hijos adoptivos de madres esquizofrénicas.

Frecuencia de la esquizofrenia en la familia de los esquizofrénicos. En este enfoque se compara la incidencia de la esquizofrenia en los familiares de los esquizofrénicos, con la incidencia del desorden en la población general. Durante muchos años, los resultados de este tipo de estudios proporcionaron la principal evidencia de un factor genético en la esquizofrenia. La mayor parte de los autores, mencionan los estudios de Kallman en 1946, en los cuales se observó que la probabilidad de que los hijos de padres esquizofrénicos enfermaran era de 10.8%, también mencionan los estudios de Zerbin en 1969 y Lange en 1972, quienes obtuvieron un 8.2% y 13.8% de probabilidad respectivamente, lo cual indica que la esquizofrenia se presenta en un nivel significativamente más alto entre los parientes cercanos (Caso, 1979; Ey, 1980; Davison y Neale, 1990).

Estudios con gemelos. Parte de la evidencia de las influencias genéticas en la esquizofrenia, se ha obtenido mediante comparaciones de gemelos idénticos y fraternos. Se utiliza el término concordante cuando ambos gemelos son esquizofrénicos y discordante si sólo uno muestra la enfermedad. Al igual que en los estudios de familiares de esquizofrénicos, varios autores coinciden en señalar las investigaciones de Kallman, quien estudió 674 pares de gemelos, en los cuales uno de cada par fue diagnosticado con esquizofrenia, encontrando una tasa de concordancia del 86%, y los de Zerbin y Lange quienes reportaron una tasa más baja (Solomon, 1976; Ey, 1980; Martin, 1990).

Estudios con hijos adoptivos de madres esquizofrénicas. - Las investigaciones en este rubro, también han proporcionado apoyo a la opinión de que en la esquizofrenia existen influencias genéticas. Caso (1979), Jackson (1980), Martin, (1991), reportan los hallazgos de Heston, quien encontró que los niños que nacieron de madres esquizofrénicas y que posteriormente habían sido adoptados dentro del primer mes de nacimiento,

tenían significativamente una mayor frecuencia de esquizofrenia cuando eran adultos jóvenes, que los niños adoptados que no provenían de padres esquizofrénicos; y los estudios de Asarnow y col., quienes descubrieron que los niños adoptivos cuya madre biológica era esquizofrénica, presentaban mayores déficits de atención que los diversos grupos de comparación, lo cual constituía un aspecto importante que en cierta medida dependía de factores genéticos.

Tanto los estudios con gemelos, como los de hijos adoptivos de madres esquizofrénicas, indican que los factores genéticos contribuyen a la génesis de la esquizofrenia. No obstante, los intentos por demostrar por medio de métodos estadísticos la heterogeneidad genética en subgrupos comunes, son hasta ahora infructuosos; por lo que la genética de la esquizofrenia suscita aún grandes controversias (Freeman, 1989).

Factores bioquímicos.

No existe hasta la fecha una evidencia definitiva que señale algún mecanismo biológico específico que juegue un papel primario en la esquizofrenia. Los investigadores han buscado sustancias bioquímicas que pudieran afectar al cerebro generando síntomas relacionados con la esquizofrenia (Solomon, 1976; Martin, 1990).

No obstante, se ha observado que las aminas como la norepinefrina, serotonina y dopamina, así como las enzimas que las sintetizan y destruyen, muestran concentraciones especiales en la corriente sanguínea y en el cerebro de los esquizofrénicos. La norepinefrina y la serotonina se distribuyen en el encéfalo, particularmente en las partes del cerebro asociadas con los procesos emocionales, el control del aprendizaje, la motivación

y la conducta; los cuales son alterados en la manifestación de la psicosis (Caso, 1979; Jackson, 1980; Martin, 1991).

Las investigaciones señalan que la activación excesiva de los trayectos neuronales que utilizan el neurotransmisor dopamina, puede originarse por la hipersensibilidad de los receptores corticales y no por un incremento de ésta.

En estudios recientes, se ha observado que las endorfinas, participan en los antecedentes bioquímicos de la esquizofrenia. Estas se producen en el cerebro y poseen propiedades semejantes a las de la morfina. Existen pruebas de que afectan a la actividad de las neuronas dopaminérgicas; tanto su exceso como su deficiencia, ocasiona hipersensibilidad ante los receptores de la dopamina (Caso, 1979; Jackson, 1980; Martin, 1991).

Asimismo, se han realizado investigaciones con el uso de sustancias alucinógenas que producen psicosis en el hombre. Estos cuadros psicóticos son similares a la esquizofrenia, es decir, provocan trastornos de personalidad, pensamiento, afecto y de conducta. El grupo está principalmente integrado por la mescalina, la dimetilriptamina, la psicocibina y el LSD 25. Estos alucinógenos son N-metil, u O-metil derivados de la norepinefrina, serotonina o la dopamina (Caso, 1979).

En el cuerpo, la O-metilación es una ruta normal del metabolismo para las catecolaminas; el mecanismo básico en la esquizofrenia puede ser la transmetilación generada por diversas causas, que provocan cambios funcionales en las neuronas que son incompatibles con el funcionamiento normal y la conducta (Solomon, 1976; Caso, 1979; Jackson, 1980).

La comprobación de la existencia de un factor bioquímico en la relación causa-efecto dejaría de lado el contenido de los delirios esquizofrénicos; sin embargo, un estudio completo de estos factores es importante en el análisis de las perturbaciones mentales (Jackson, 1980).

Factores psicosociales.

El conocimiento de la esquizofrenia, no estará completo mientras no se analice la influencia de los factores psicosociales; la prueba de que éstos influyen en su desarrollo, es que los estudios realizados en genética, no llegan al 100% de efectividad, generalmente alcanzan el 50% y la diferencia se le atribuye a causas familiares y ambientales (Jackson, 1980; Freeman, 1989).

A continuación se describen los factores psicosociales que pudieran intervenir en el desarrollo de la esquizofrenia. En algunas teorías como en la psicoanalítica, se menciona que la esquizofrenia se refleja en un "ego" débil, ya que no puede contener sus impulsos normalmente latentes. La combinación del "ego" débil y las fijaciones en la etapa oral, favorecen la regresión a la primera fase del desarrollo (Sullivan, 1973; Martin 1991).

Por otra parte, algunos teóricos como los neofreudianos entre ellos Sullivan, enfocan sus estudios a la relación entre paciente y medio ambiente familiar. En este orden de ideas, los diferentes factores de interacción familiar, en parientes de pacientes esquizofrénicos, son: la comunicación desviada, la falta de individualidad en la relación familiar, la falta de reconocimiento, la descalificación en los procesos de comunicación, asociados con la reducción en la solución de conflictos y la competencia social (Sullivan, 1973).

Para los psicoanalistas, uno de los factores más importantes en el ambiente familiar como aspecto causal en la esquizofrenia, es la relación inicial con la madre, aunque también interviene el padre. La característica de estas madres, es la sobreprotección e intromisión exageradas; que no permiten que el hijo madure, deben saber todo lo que siente y piensa, en general les impiden crecer en forma independiente y adquirir sentido de identidad y autonomía personales (Caso, 1976; Martin, 1991; Leff, 1989).

Los autores de la escuela de Palo Alto, como Bateson y Jackson, analizaron el discurso en grupos de familias de enfermos esquizofrénicos, poniendo énfasis en sus formas de comunicación, principalmente en la comunicación no verbal o en el aspecto no formal del mensaje, estableciendo la teoría del "doble vínculo"; los integrantes de la familia se comunican con el niño, emitiendo mensajes contradictorios (Fuentenegro, 1991).

La relación entre "doble vínculo" y esquizofrenia, no ha podido ser probada; no obstante, los tratamientos actuales de línea conductista enfatizan la necesidad de que la comunicación con el enfermo sea clara y directa, probablemente por la dificultad que tiene para entender estímulos verbales complejos (Fuentenegro, 1991).

Falloon (1988), al revisar los estudios de familias con miembros esquizofrénicos, sugiere que las anomalías de interacción están motivadas por el estrés familiar, asociado a la aparición de una enfermedad de larga duración en uno de sus miembros. Esto se comprueba porque en las familias con pacientes esquizofrénicos crónicos, es donde se observan con mayor frecuencia los conflictos familiares, por lo tanto, existe la posibilidad de que sea el curso y no la enfermedad en sí misma, la que se relaciona con esa situación familiar.

Otra de las causas que pudieran intervenir en el desarrollo de la esquizofrenia, es la presencia de un ambiente caótico en la familia, éste se compone de individuos esquizoides y antisociales que descuidan las necesidades primarias del niño, no se les enseña ni los valores más elementales, se les golpea, se les amarra y se les rechaza abiertamente; incluso se les induce a marcharse del hogar, generalmente en la adolescencia (Mossigue, Petterson, Blakar, 1974).

Los datos reportados en las investigaciones, apoyan la teoría de que el esquizofrénico proviene de ambientes familiares con graves problemas. El binomio del progenitor dominante y el niño dependiente es uno de los posibles caminos que conducen a la esquizofrenia (Martin, 1991).

Al analizar la relación entre la comunicación familiar (conducta e interacción), percepción mutua (fenomenología familiar) y desarrollo de la personalidad (estructura familiar) se llega a la conclusión de que estos son factores importantes en la manifestación de los síntomas de pacientes esquizofrénicos (Leff, 1989; Holte, 1991).

Generalmente en los estudios de familias con pacientes esquizofrénicos, se hacen inferencias partiendo de impresiones clínicas sin considerar aspectos metodológicos y conceptuales, tales como la ausencia de grupos control, clase social, nivel educativo y diferencias culturales, por lo que no ha sido posible comprobar si es el ambiente familiar el que genera la esquizofrenia o si es la enfermedad la responsable del ambiente.

La investigación empírica no ha demostrado que las teorías sobre interacción familiar sean la causa principal de la manifestación de síntomas en la esquizofrenia; sin embargo, se deben considerar sus efectos en la sintomatología (Martin, 1991; Tarrier, 1990).

Diversos estudios, han demostrado que la conducta esquizofrénica depende de la reacción de la sociedad frente a una conducta desviada inicial. Tanto el individuo como la sociedad tienen una idea propia del "demente", por lo que al declararse enfermos mentales o esquizofrénicos refuerzan este tipo de conductas (Martin, 1991).

Por tanto la reacción de la sociedad contribuye a agravar la conducta esquizofrénica; no obstante, se desconocen las causas que inciden en el desarrollo de los primeros síntomas, antes de que sean diagnosticados y/u hospitalizados (Martin, 1991).

La esquizofrenia se presenta en todas las civilizaciones, desde países desarrollados hasta países subdesarrollados. Sin embargo, la frecuencia y los síntomas varían según la cultura. Se han desarrollado diversos estudios, comparando los índices de esquizofrenia en varias comunidades, encontrando similitud en síntomas como: alucinaciones, aislamiento social, delirios y embotamiento del afecto; no obstante, los rasgos de delirio cambiaban considerablemente (Martin, 1991).

Otra de las variables que pudieran intervenir en el desarrollo de la esquizofrenia, es el factor económico. Algunas investigaciones han demostrado que las cifras más altas de esquizofrenia, se registran en los sectores más pobres de la ciudad, lo cual sugiere que la marginación y la desorganización social son un factor etiológico en la génesis de la enfermedad (Freeman, 1989).

ESQUIZOFRENIA

En estudios recientes, se conceptualiza la esencia de la esquizofrenia con base en los procesos de interacción entre biología, conducta y ambiente, considerando que tanto el síndrome agudo como el crónico pueden ser precipitados por factores ambientales. Asimismo se plantea que un grado moderado de estimulación social, promueve una relativa mejoría (Freeman, 1989).

Gammill (1986), encontró que las teorías para explicar la etiología de la esquizofrenia, sólo toman en cuenta los factores genéticos y medio ambientales, dejando de lado algunas variables como la individualidad dirigida; ésta se refiere al manejo y control de síntomas de la enfermedad, en base a las características individuales de cada paciente.

La interacción persona-medio ambiente, es uno de los muchos factores a través de los cuales se puede estudiar la esquizofrenia. La evidencia indica que los factores genéticos, medio ambientales y características individuales, son de igual importancia en relación a la etiología y dirección de la esquizofrenia (Freeman, 1989; Gammill, 1986).

Al describir la etiología de la esquizofrenia, se han expuesto causas genéticas, bioquímicas y psicosociales. En el análisis de diversas investigaciones, se enfatiza que toda teoría que pretenda ser completa, debe tomar en cuenta estas causas.

Una vez expuestas las causas que pudieran intervenir en el desarrollo de la esquizofrenia, así como los avances referentes a la etiología, se describirán los síntomas básicos que presentan estos pacientes; ya que su conocimiento y análisis, es de considerable importancia para el tratamiento y la rehabilitación.

Sintomatología Básica

No es fácil sistematizar todos los síntomas bajo el término de esquizofrenia, ya que involucra alteraciones de lenguaje y pensamiento, de sensación y percepción, conducta motora, relaciones sociales y expresiones emocionales. Los síntomas varían tanto que muchos investigadores se preguntan si están ante una o varias esquizofrenias. Actualmente se basan en los criterios del DSM-III-R, que abarcan la sintomatología básica (Martin, 1991).

Alteraciones de pensamiento y lenguaje

Las expresiones incoherentes y sin lógica, constituyen uno de los aspectos principales de la conducta del esquizofrénico, a las que Bleuler en 1950 denominó "descarrilamiento de asociaciones", en las que el sujeto se distrae por asociaciones ajenas al tema central, no puede ignorarlas y por ende se aparta más del tema, generando trastornos de pensamiento y lenguaje (Solomon, 1976; Caso, 1979; Martin, 1991; DSM-III-R).

Los trastornos de pensamiento expresan la dificultad que tiene el esquizofrénico para organizar sus ideas según las normas usuales de la lógica y la realidad; éstas se presentan en forma desordenada y lenta hasta llegar a la perseveración (estancamiento y/o presentación de interminables series de palabras e ideas), es decir, la generación de ideas es caótica y mal dirigida (Ey, 1980).

ESQUIZOFRENIA

SINTOMATOLOGIA BASICA

Un aspecto importante en los trastornos del pensamiento es la interceptación de ideas; el relato se detiene bruscamente durante algunos segundos (se presentan bloqueos del pensamiento y detección del flujo verbal), después se reanuda sobre el tema precedente o sobre nuevas ideas; ésta alteración se observa cuando se solicita al paciente que repita algunas frases (Caso, 1979; Martín, 1991).

Entre las alteraciones del lenguaje que presentan los pacientes esquizofrénicos destacan: a) *reticencia*, omisión voluntaria de lo que debería decir, acompañada de inhibición y bloqueos; b) *neologismos*, palabras nuevas o invenciones propias del enfermo, lo cual revela los cambios y alteraciones del pensamiento que sufre el paciente; c) *mutismo*, inhibición del lenguaje hablado, no obstante la integridad orgánica de los centros del lenguaje, este puede durar horas, días, incluso años en formas crónicas de esquizofrenia; d) *verbigeración*, repetición anormal de palabras y frases sin significado, e) *ecolalia*, repetición en forma burda de palabras o frases dichas por otras personas, casi siempre imitándolas (Caso, 1979; McGlashan y Fenton 1991).

Por otra parte algunos esquizofrénicos analizan el significado de los acontecimientos cotidianos, para descubrir en estos intenciones y aspectos que no se encuentran ahí; ésto refleja una extensión de la orientación egocéntrica y autista. El autismo es una forma de ideación cuyo contenido es principalmente subjetivo o endógeno. La personalización de aspectos cotidianos o ideas de referencia, ofrece un medio propicio para el desarrollo de delirios, los cuales son considerados como una creencia contraria a la realidad, que con el tiempo se fija y es resistente al cambio, a pesar de que se esté demostrando lo contrario; éstos pueden asumir diversas formas:

Delirios de persecución.- Los que presentan este tipo de delirios, piensan que los siguen y amenazan personas o grupos de personas, como vecinos, competidores, jefes etc. y lo confirman interpretando erróneamente experiencias cotidianas.

Delirios de influencia.- Son personas que están convencidas de que los dirige un agente externo. Por tanto, creen que sus impulsos provienen de sus padres, los vecinos, la comunidad o Dios.

Delirios de grandeza.- Son personas que creen en su grandeza, generalmente se consideran líderes políticos, militares o religiosos.

Delirios autocondenatorios.- Estos pacientes están convencidos de que deben pagar por algo que han ocasionado (Caso, 1979; Martín, 1991; McGlashan y Fenton, 1991; DSM-III-R).

Alteraciones de percepción

Los trastornos de percepción en algunos casos de esquizofrenia son diversos; se presentan ilusiones de forma, tamaño, posición y movimiento en objetos y personas y se detectan colores más intensos (Martín, 1991).

En ocasiones, las deformaciones perceptuales aparecen sin que se observe el estímulo externo correspondiente; es decir, el esquizofrénico oye voces, tiene visiones, percibe olores o sensaciones táctiles. Las alucinaciones auditivas son las que se detectan

con mayor frecuencia, las voces pueden ser condenas y elogios y se atribuyen a agentes especiales como Dios, el demonio, los padres, gente misteriosa, etc. (Martin, 1991; DSMIII-R).

Alteraciones afectivas

La apatía, la indiferencia y el embotamiento, son los estados emocionales que suele presentar una persona diagnosticada con esquizofrenia, algunos ríen, lloran o se enojan sin que exista relación con los estímulos del medio.

Otra de las características que se observa en la conducta esquizofrénica, es el aislamiento hacia los demás. Los trastornos de pensamiento y afectividad, llevan al enfermo a presentar este tipo de comportamiento. Los esquizofrénicos evaden las relaciones interpersonales estrechas, pasan mucho tiempo solos y cada vez más se refugian en su mundo de fantasías. El aislamiento es físico y psicológico, ya que las distorsiones en el lenguaje y las manifestaciones inapropiadas de sus emociones los aleja de los demás, como si estuvieran a kilómetros de distancia (Solomon, 1976; Caso, 1979; Martin, 1991; DSM-III-R).

Alteraciones conductuales

El paciente esquizofrénico adolece de iniciativa y motivación, generalmente se le observa aburrido, desganado y apático. No le interesa lo que ocurre; sus problemas suelen angustiar a la familia y al paciente mismo. Al igual que la ausencia aparente de afecto, la ausencia aparente de motivación puede servir como medio para no enfrentarse a los problemas.

ESQUIZOFRENIA

Algunos esquizofrénicos presentan conductas extrañas como gestos, movimientos estereotipados, posturas y muecas; a veces interrumpen movimientos corporales o los realizan inesperadamente. Asimismo, se pueden observar conductas de índole regresivo en el vestido, alimentación y aseo personal (Solomon, 1976; Caso, 1979; Martin, 1991; McGlashan y Fenton, 1991; DSM-III-R).

Dada la variabilidad de síntomas y patrones de conducta observados en este trastorno, en años anteriores se registraban diferencias en las prácticas diagnósticas de la esquizofrenia. Para la escuela alemana (Kraepelin), la esquizofrenia es una enfermedad o grupo de enfermedades, constituida desde las primeras manifestaciones psicopatológicas. Para la escuela francesa (Bleuler, Ey, Schneider), lo esquizofrénico, es un modo de organización de la personalidad que se instala paulatinamente en el curso de algunas psicosis (Fuentenegro, 1991).

Durante los últimos años se ha propuesto la unificación de criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia; los más utilizados son, el de Schneider o el ICD-9 (Clasificación Internacional de las enfermedades mentales, lesiones y causas de muerte); criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el DSM-III-R (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales propuesto por la Asociación Americana de Psiquiatría) (Martin, 1991; DSM-III-R).

CAPITULO II

MODELO CONDUCTUAL

Como se describió en el capítulo anterior, la esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por trastornos del pensamiento, lenguaje o conducta, y alteraciones perceptuales, (delirios y alucinaciones), la cual se atribuye a factores genéticos, bioquímicos y psicosociales, o una combinación de estos; sin que hasta la fecha se determine un factor específico.

De ahí, la existencia de diversas formas de tratamiento entre las que destacan: a) modelo médico psiquiátrico tradicional, con el uso de neurolépticos que inciden particularmente en los delirios y alucinaciones de los pacientes, así como en conductas de agresividad y angustia; b) los tratamientos individuales a través de la comunicación verbal entre el paciente y el terapeuta; y c) terapias basadas en la modificación de conducta, en las que se determina que la esquizofrenia así como diversas alteraciones conductuales se derivan de problemas de aprendizaje.

MODELO CONDUCTUAL

Tratamiento Médico Tradicional

El tratamiento médico psiquiátrico tradicional, se comenzó a aplicar a partir de 1930; anteriormente, las personas que presentaban trastornos de salud mental, sólo eran aisladas para evitar que su conducta tuviera consecuencias negativas para ellas y la comunidad. La medicina especializada en los trastornos de la mente se benefició con los descubrimientos técnicos que surgieron a partir de esta fecha, siendo posible utilizar las primeras terapias llamadas activas, que incidían directamente en el sistema nervioso central (Broustra, 1979).

Uno de los primeros tratamientos propuestos en 1932 para los enfermos mentales, específicamente para los esquizofrénicos, fueron las curas de insulina (aplicación de glucosa por vía intravenosa), las cuales tenían como objetivo modificar los mecanismos psíquico-químicos del organismo y crear una crisis psicológica en base a un proceso de desintegración-reconstrucción, siguiendo la idea de que el organismo puede reaccionar positivamente cuando se le somete a modificaciones violentas (Broustra, 1979; Ey, 1980)

Si bien estas curas, constituían un apoyo en el tratamiento de los enfermos mentales, existían serias limitaciones, como la imposibilidad de salir del coma, después de la administración de glucosa, o secuelas vinculadas a los déficits de oxigenación en el cerebro causados por la hipoglucemia y el incremento de recaídas después del primer año de tratamiento (Broustra 1979).

MODELO CONDUCTUAL

En 1940, se desarrolló la cura convulsiva por electrochoques, la cual consiste en aplicar una corriente eléctrica de intensidad calculada, que pasa brevemente a través del encéfalo, con el propósito de desencadenar una convulsión; esta técnica en sus inicios, era aplicada cuando el sujeto se hallaba en estado de vigilia, posteriormente, se aplicó después de anestesiarlo. El despertar se caracterizaba por un estado de confusión, euforia o excitación motora, por lo que generalmente se administraban calmantes a los pacientes para encubrir estas manifestaciones (Broustra, 1979; Ey 1980).

A través de las investigaciones desarrolladas durante varios años se tuvo conocimiento de que la corriente eléctrica producida por el electrochoque provoca modificaciones en las regiones basales del cerebro (como el hipotálamo y el diencefalo) las cuales segregan sustancias químicas que influyen en la regulación de los estados de ánimo; sin embargo, se desconoce como actúa la corriente en estas áreas (Broustra, 1979; Martin, 1991).

No obstante la eficacia del electrochoque en el tratamiento de alucinaciones, delirios agudos y catatonias estuporosas o negativas, presentadas por pacientes esquizofrénicos; generalmente, aquellos quienes recibían una serie de choques (de seis a quince durante el día), llegaban a presentar trastornos de memoria, con una duración hasta de cuatro semanas, además de las secuelas que su aplicación provocaba al producirse el acceso convulsivo, como trastornos respiratorios, fracturas de brazos, luxaciones de la columna vertebral, hombros y maxilares. Actualmente la mayoría de los psiquiatras han desechado el electrochoque para el tratamiento de los esquizofrénicos; sólo se llega a utilizar en algunos casos de depresión severa (Broustra, 1979; Ey, 1980; Martin, 1991).

MODELO CONDUCTUAL

Posteriormente, el desarrollo de la psicocirugía a partir de 1950, permitió la aplicación de la lobotomía, (extirpación quirúrgica de una parte o la totalidad de un lóbulo cerebral), la cual tenía como propósito atenuar la gravedad de algunos delirios o problemas de agresividad. Sin embargo, esta práctica provocaba alteraciones en el cerebro y en el sistema nervioso central y no en todos los pacientes se eliminaban los trastornos de conducta. Con la generación de medicamentos que incidían directamente en el sistema nervioso central, se impidió que esta práctica continuara utilizándose (Broustra 1979).

A partir de 1953, surge el primer neuroléptico denominado clorpromazina o largactil, el cual tiene efectos directos en los trastornos psicóticos como las alucinaciones y delirios, presentados por los pacientes (Broustra, 1979; Ey, 1980, Uriarte, 1989). El uso de estos medicamentos en el tratamiento de los trastornos mentales, impulsó el desarrollo de la industria farmacéutica, con la generación de diversas drogas sedantes o estimulantes psicotrópicos (Broustra 1979).

Con la aplicación de estos medicamentos se abrió la posibilidad, no sólo de incrementar las altas en los hospitales psiquiátricos (Broustra, 1979; Uriarte, 1989), sino que además, permitió la modificación paulatina de la atmósfera de agitación y violencia, que imperaba en este tipo de instituciones, dejando el paso a la distribución cotidiana de medicamentos como en cualquier clínica somática (Broustra 1979).

MODELO CONDUCTUAL

Dado que este tipo de sustancias actúan directamente sobre la organización de la enfermedad, los psiquiatras diferencian el tratamiento para la selección y administración de los neurolépticos, considerando: la incidencia en la efervescencia delirante o brotes evolutivos de la enfermedad; y la incidencia durante las fases de remisión; así como el predominio de algunos síntomas (Ey, 1980).

Durante varios años se han desarrollado diversos estudios doble ciego, que tienen el propósito de probar la efectividad de este tipo de medicamentos. Por ejemplo, Casey y col (1960), mostraron la efectividad de la clorpromacina al comparar su efecto con el de un sedante y un placebo. Por otra parte Hogarty y Ulrich (1977), realizaron un seguimiento de pacientes durante dos años seis meses, en el que observaron que el 55% del grupo a quien se le administró el neuroléptico, sufrió recaídas, en comparación con el 86% de los pacientes que habían recibido el placebo.

No obstante que el desarrollo de estas y otras investigaciones han comprobado la efectividad de los neurolépticos en el tratamiento de los trastornos mentales, como delirios y alucinaciones modificando su intensidad y duración, no impiden la generación de otro periodo delirante, y su administración provoca efectos secundarios, como somnolencia, estreñimiento, náuseas, mareo, ictericia, apatía e indiferencia; sin contar con las manifestaciones neurológicas, largas, molestas y en ocasiones irreversibles como la disquinesia tardía, caracterizada por movimientos lentos, rítmicos y estereotipados de brazos, piernas o tronco (Broustra, 1979; Ey, 1980; Uriarte, 1989; Martin, 1991).

MODELO CONDUCTUAL

El Tratamiento Médico Psiquiátrico es uno de los que más se utiliza actualmente, al considerar a los trastornos mentales como síntomas de una enfermedad subyacente (Alexander y Selesnick, 1970). Cabe mencionar que para definir o diagnosticar una enfermedad se consideran algunos de los siguientes criterios: 1) Las enfermedades definidas poseen una combinación de síntomas consistentes y progresivos; 2) Una enfermedad se puede determinar por sus causas si se conocen; en general se ha observado que no se debe a un factor específico, sin embargo, alguno es considerado como condición necesaria; 3) Una enfermedad se puede clasificar en base al tratamiento requerido (Ardila, 1985).

En el modelo médico, "las enfermedades mentales" no cumplen ninguno de los criterios mencionados anteriormente; (si no son causadas por lesiones a nivel del sistema nervioso central). En general, no es posible especificar una serie de síntomas adecuadamente definidos; es difícil predecir el curso de los trastornos de comportamiento. Son pocos los casos a los que se les puede asignar un factor específico conocido (como por ejemplo la esquizofrenia caracterizada hasta la fecha, como un trastorno multifactorial, en la que intervienen factores genéticos, bioquímicos o psicosociales); y no existe hasta la fecha una relación estrecha entre el diagnóstico médico y la selección del tratamiento adecuado (Ardila, 1985).

Terapia Psicodinámica

La psicoterapia es considerada como la asistencia psicológica al paciente, con el propósito de apoyarlo en la resolución de sus conflictos, y la identificación de sus deseos, a fin de propiciar el equilibrio adecuado en su estado anímico y funcional.

MODELO CONDUCTUAL

Supone por parte del paciente, no sólo obtener comprensión, sino también capacidad para tolerar los síntomas productores de tensiones y manejarlos adecuadamente (Broustra 1979; Knobel, 1987).

Este tratamiento se basa en el intercambio de información, a través del lenguaje, entre el paciente y el terapeuta, por lo que se debe establecer una relación de confianza e interés mutuo, (Knobel 1987). Es precisamente en estos aspectos donde radica la dificultad de trabajar con pacientes esquizofrénicos, ya que el aislamiento extremo que presentan, constituye una barrera contra los intercambios personales, (Broustra, 1979; Martin 1991) por lo que algunos terapeutas dudaron de la efectividad de este método. Sin embargo, psicoanalistas como Sullivan (1973) y Fromm Reichman (1978) , señalaron que es posible obtener resultados satisfactorios, si se introducen modificaciones importantes que ayuden al enfermo a captar mejor la realidad y alejarse de sus obsesiones autistas.

La terapia psicodinámica, en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos está fundamentada en la concepción de que la génesis deviene de problemas presentados en los primeros años de la niñez, como el de "heridas agudas" en su relación con la gente, específicamente con alguno de sus progenitores, lo cual influye más tarde en el establecimiento de relaciones interpersonales estrechas dando origen a los síntomas denominados esquizofrenia (Martin, 1991).

No obstante que con la aplicación de esta técnica, se han obtenido resultados satisfactorios, en algunos casos aislados, no ha sido posible demostrar su efectividad en estudios controlados. Por ejemplo, Grinspoon y cols. en 1968 y May y cols. en 1976,

observaron que se obtenían mejores resultados al combinar la psicoterapia con la administración de fenotiacinas; lo cual sugiere que la psicoterapia contribuye poco o nada al tratamiento (Grinspoon y col. 1968; May y col., 1976).

El Modelo Conductual, ha ganado aceptación en el tratamiento y rehabilitación de los padecimientos psiquiátricos, por la implementación de técnicas que inciden directamente en los trastornos. Su terapéutica difiere del modelo médico psiquiátrico tradicional, y del tratamiento psicodinámico, al considerar los desórdenes mentales como un problema de conducta, por lo que sus esfuerzos están encaminados a medir, observar y modificar la conducta inadaptada, sin tomar en cuenta el proceso patológico subyacente (Solomon 1976).

Existe evidencia de que esta técnica es efectiva en el tratamiento de conducta desviada o anormal, como la ansiedad, las reacciones fóbicas y los trastornos psiquiátricos funcionales incluyendo las psicosis, como por ejemplo la esquizofrenia (Solomon, 1976; Martin, 1991).

El presente trabajo se centra en el análisis del impacto del Modelo Conductual y en determinar su incidencia en la problemática, rehabilitación y tratamiento de los pacientes mentales crónicos en general y los diagnosticados con esquizofrenia en particular.

A continuación se presentan los antecedentes y la forma en que se han desarrollado las técnicas y procedimientos de modificación de conducta.

Los antecedentes del Modelo Conductual se remontan al siglo XIX, en donde influenciados por el desarrollo de las ciencias biológicas y el enfoque científico como método o técnica que proporcionaba los medios para analizar y comprender los fenómenos, se incrementa el interés por el estudio del cerebro y su relación con las funciones humanas, como pensamiento lenguaje y conducta (Caballo, 1991).

En la revisión de antecedentes realizada por Caballo (1991), se describe que uno de los primeros investigadores en aportar aspectos relevantes a la psicología de la conducta, fue el neurofisiólogo ruso Sechenov, al sugerir que la conducta puede ser explicada por los reflejos del cerebro y por ende que el estudio de los mismos es un punto de convergencia entre la fisiología y la psicología. Asimismo señala que los diferentes estímulos del medio ambiente se asocian con los movimientos musculares y que la asociación repetida de éstos hacia que los actos fuesen habituales. Esto influyó significativamente en dos jóvenes fisiólogos de aquella época Pavlov y Bekhterev.

Millenson (1976) y Caballo (1991) en una revisión histórica mencionan que desde 1903 hasta 1920 Pavlov, con sus trabajos sobre la digestión en perros observó que los reflejos (secreciones glandulares) se asociaban a un estímulo del medio (comida o la presencia del investigador), por lo que los llamó reflejos condicionados, demostrando la importancia del aprendizaje en la explicación de la conducta animal y proporcionando un paradigma de investigación para la conducta humana. El desarrollo del condicionamiento respondiente propuesto por Pavlov se considera la base angular para explicar la conducta y desarrollar técnicas de tratamiento.

Por otra parte, dicho autor señala también que Bekhterev se interesó en el funcionamiento del cerebro, enfocando sus esfuerzos al estudio de los reflejos del sistema motor (músculos estriados) y analizó los procesos relacionados con su desarrollo, enfatizando la idea de que la conducta humana puede ser explicada a partir del condicionamiento.

Los trabajos desarrollados en Rusia, sobre el análisis de los reflejos condicionados, adoptaron la forma de conductismo en Estados Unidos a partir de Watson y su interés en el desarrollo de la psicología animal como una ciencia objetiva y experimental, la cual podía ser explicada sin considerar los métodos de introspección utilizados en otras áreas de la psicología a través del estudio de los reflejos y sus combinaciones (Caballo 1991).

En una revisión de antecedentes del Modelo se describe que Thorndike, con sus investigaciones en varias especies de animales inició el desarrollo de la psicología del aprendizaje entre 1903 y 1931; y que una de sus aportaciones más importantes, fue el establecimiento de la ley del efecto, la cual indicaba que "las consecuencias satisfactorias" fortalecían la relación entre el estímulo y la respuesta y que las "consecuencias molestas" la debilitaban. Cabe mencionar que la importancia de las consecuencias positivas para el incremento de la conducta observadas por Thorndike continúa e incide significativamente en el desarrollo de técnicas y procedimientos para la Psicología del Aprendizaje y la Modificación de Conducta.

MODELO CONDUCTUAL

Posteriormente surgieron diversos investigadores a los que hacen referencia la mayoría de los autores (Millenson, 1976; Stumphauzer, 1983; Caballo, 1991), entre los que destacan Guthrie, Mowrer y Skinner, quienes proporcionaron aspectos importantes para el desarrollo de la psicología del aprendizaje y la conducta. Se menciona que en 1935 Guthrie, describió al aprendizaje como una función repetida entre estímulos y respuestas. Mas tarde Mowrer en 1947 se interesó en la generación y eliminación de la conducta de evitación, como un aspecto importante para explicar el problema de la conducta humana y sus reacciones .

Caballo en (1991), describe asimismo que uno de los investigadores que más aportaciones hizo al conductismo, fue Skinner al generar los principios del condicionamiento operante, y su relevancia en la teoría del aprendizaje para explicar la conducta animal y humana.

La conceptualización sobre los problemas de la conducta propuesta por Skinner era diferente a la de sus predecesores ya que afirmaba que la ciencia de la conducta podía ser descriptiva y funcional, al observar y analizar las relaciones o correlaciones entre las variables medibles. Asimismo enfatizó la importancia de definir y controlar detalladamente la conducta individual (Skinner, 1991).

A partir de entonces, la psicología del aprendizaje ocupó un papel preponderante en el desarrollo del conductismo al proporcionar los fundamentos para las técnicas de la modificación de conducta contemporánea. Asimismo se inició la aplicación de técnicas en niños y adultos normales y/o con problemas de conducta (Caballo, 1991).

Entre las primeras formas de condicionamiento que se aplicaron a las conductas anormales o patológicas, están según análisis de Sandler y Davidson (1977), los intentos de Bekhterev en 1932, por aplicar a las perversiones sexuales técnicas de condicionamiento clásico; el estudio de Watson y Rayner en 1920, sobre la adquisición de la respuesta fóbica y los estudios de Cover Jones en 1924, sobre el tratamiento de miedo en los niños .

Sin embargo estos comienzos no inspiraban una labor clínica sistemática, y fue necesario que se creara algún tipo de relación entre una ciencia conductual bien desarrollada y una práctica clínica madura (Sandler y Davidson, 1977; Davison y Neale, 1990).

En las investigaciones realizadas en Estados Unidos, se incorporan diversos trabajos pioneros en la década de los treinta, pero fueron de poca consecuencia para la clínica; por ejemplo, se destaca que Dunlap en 1932, originó la práctica negativa mediante la que los hábitos motores no deseados se superan a través de su provocación repetida (Sandler y Davidson, 1977; Davison y Neale 1990).

No fue sino hasta la década de los cincuentas, cuando maduraron las condiciones para emplear en gran escala los principios y técnicas del condicionamiento y el aprendizaje en la práctica clínica rutinaria. Varios factores contribuyeron a esto: 1) la proliferación a partir de la segunda guerra mundial de psicólogos que se dedicaron al tratamiento de casos; 2) el avance tecnológico en el campo del condicionamiento operante y; 3) el fracaso de técnicas tradicionales de tratamiento en hospitales para enfermos mentales, en las instituciones penales o con formas extremas de conducta patológica (Sandler y Davidson, 1977; Stumphauzer, 1983).

MODELO CONDUCTUAL

A principios de la década de los cincuenta, Wolpe (1983), llevó a la psicoterapia su noción de inhibición recíproca, revisó su modelo de neurosis experimental en animales y aplicó al tratamiento de conductas fóbicas en el ser humano, las técnicas de modificación que hasta entonces se habían desarrollado.

Por otra parte, Caballo (1991) describe que Ogden en 1956 analizó el condicionamiento operante y su aplicación en las enfermedades mentales, acuñando el término de Terapia Conductual; y que en su obra muestra la relevancia de la tecnología operante que Skinner había comenzado a desarrollar en 1938, para su aplicación en el diagnóstico y el tratamiento clínico .

En 1958 Wolpe, explicó el tratamiento de la conducta de miedo, a través de la inhibición de la ansiedad y generó el principio general de inhibición recíproca, y la técnica de Desensibilización Sistemática. Dicha técnica es utilizada actualmente con éxito en el tratamiento del estrés y ansiedad en pacientes esquizofrénicos (Wolpe, 1983).

En cuanto a los trabajos desarrollados con este modelo, en el tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos, Truax y Carkhuff (1963), hicieron una comparación entre el tratamiento tradicional (uso de neurolépticos) y la implementación de técnicas conductuales, con el propósito de observar cambios psicológicos y funcionales. A partir de los resultados, concluyeron que los pacientes que recibieron tratamiento conductual, tuvieron cambios significativos.

En 1964 Ayllon y Houghton, enseñaron al personal de instituciones psiquiátricas a proporcionar refuerzo selectivo al habla delusional o no delusional, de una paciente diagnosticada con esquizofrenia; al reforzar en primer término la conducta patológica, ésta se incrementó significativamente, mientras que la conducta normal disminuyó casi a cero. Cuando las contingencias del reforzamiento fueron invertidas se observó lo contrario (Ayllon y Houghton, 1964).

Ayllon y Azrin (1968), realizaron una serie de experimentos con pacientes de un hospital para enfermos mentales en donde administraban recompensas por actividades como peinarse o arreglar la cama, a lo que denominaron Economía de Fichas (el reforzamiento se daba con fichas de plástico que posteriormente se podían canjear por privilegios especiales), llevando al mismo tiempo un muestreo de reforzadores más utilizados.

En el mismo año, Kale y col. analizaron los efectos del reforzamiento sobre la modificación, mantenimiento y generalización de respuestas sociales en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. En su estudio, un experimentador proporcionaba cigarros cada vez que los pacientes lo saludaban, incrementándose significativamente la conducta; sin embargo esto no fue observado en presencia de un segundo experimentador, durante los primeros días, hasta que se reforzaba la conducta con ambos experimentadores (Kale, Kaye, Whelan y Hopkins, 1968).

A partir de esta fecha, gran parte de los estudios e investigaciones realizadas con técnicas de Modificación de Conducta en pacientes mentales crónicos, utilizan como apoyo el Sistema de Economía de Fichas propuesto por Ayllon y Azrin.

MODELO CONDUCTUAL

En 1969, O'Brien, Azrin y Kiltenson, con el propósito de incrementar las conductas de interacción y decrementar las conductas de apatía y aislamiento, implementaron dentro del programa de tratamiento, juntas estructuradas en donde los pacientes sugerían las actividades y los posibles reforzadores que les gustaría obtener por su participación, una vez que los pacientes desarrollaban sus actividades se les proporcionaban puntos, los cuales cambiaban posteriormente por los artículos de consumo sugeridos y actividades recreativas.

Durante el estudio el observador registró 192 sugerencias, 3 de estas no fueron factibles de ser realizadas, el 5% se referían al tratamiento psicofarmacológico, 24% a las actividades terapéuticas y 7% a los reforzadores. El manejo de sugerencias para el desarrollo de actividades y propuesta de reforzadores incrementó significativamente el porcentaje de conductas adecuadas (O'Brien, Azrin y Kiltenson, 1969).

Posteriormente Winckler en 1970, utilizó el Sistema de Economía de Fichas para reducir la conducta de apatía institucional en pacientes crónicos. Los efectos del Sistema se observaron en la implementación de 5 conductas adecuadas, decremento de dos conductas inadecuadas y la implementación de habilidades motoras finas. Las fichas se otorgaron en base a tres fases de tratamiento: 1) en intervalos cortos de tiempo; 2) fichas no contingentes al desarrollo de las conductas; 3) generalización a otros escenarios. Observándose que la aplicación de este Sistema posibilita el incremento y/o decremento de conductas y habilidades en los pacientes esquizofrénicos.

Más tarde, en 1972, Wincze, Leintenberg y Stewart, usaron esta técnica junto con retroalimentación para reducir el habla psicótica delirante en pacientes esquizofrénicos de tipo paranoide, se observó que la retroalimentación fue efectiva para reducir el habla delusional, no obstante para algunos pacientes fue contraproducente, mientras que el reforzamiento por fichas mostró mayor consistencia al reducir significativamente el porcentaje de conducta verbal bizarra. (Winckler, 1970; Wincze, Leintenberg y Agrad, 1972).

Kazdin con la implementación y análisis de la efectividad del Sistema de Economía de Fichas en hospitales psiquiátricos durante 1972, llegó a la conclusión de que esta técnica tenía varias ventajas. Por ejemplo: 1) posibilita el reforzamiento de la respuesta en cualquier momento, haya o no reforzadores disponibles; por lo tanto anula el intervalo entre este y la respuesta; 2) las secuencias de respuesta se pueden reforzar sin necesidad de interrupciones continuas; 3) conservan su propiedad de contingencia reforzante; y 4) la magnitud del reforzador tiene el mismo valor aunque las preferencias sean diferentes (Kazdin and Bootzin, 1972).

Durante 1973 se desarrollaron diversos estudios acerca de la implementación de técnicas de modificación de conducta para el tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos. Liberman, Teigen, y Patterson (1973), utilizaron el reforzamiento social, y un diseño de línea base múltiple, para reducir el habla delusional en este tipo de pacientes. Durante el tratamiento se implementaron dos contingencias: a) entrevista de 10 minutos, la cual se interrumpía cuando los pacientes presentaban conducta delusional; b) incremento en el tiempo designado a la entrevista cuando los pacientes conversaban racionalmente, observando que la conducta anormal decrementaba con la implementación de contingencias sociales durante las sesiones de entrevista.

Por otra parte Patterson y Teigen (1973) utilizaron técnicas de condicionamiento operante para incrementar las respuestas no delusionales en pacientes psicóticos; el estudio tenía como propósito registrar la generalización posthospitalaria una vez que fueran dados de alta, se utilizó un diseño de línea base múltiple y control inverso, estableciendo que los cambios fueron dados durante el experimento, se les dió de alta cuando las respuestas a las preguntas eran correctas; continuando las condiciones del experimento para promover la generalización, en el seguimiento a 36 y 52 días, se observó que en la primera entrevista no se generalizaron las conductas; no obstante en la segunda, se detectaron algunas de las conductas implementadas en el tratamiento.

Otro de los aspectos que desarrollaron con interés durante ese año fue el reforzamiento de conductas de ayuda asignadas a pacientes psiquiátricos. Pomerlau, Borbrove y Smith (1973), observaron que existen diferentes formas de incrementar este tipo de conductas, como informar sobre las actividades asignadas, las diferentes formas de supervisión que realizaría el personal y los efectos de su conducta. Los resultados mostraron que la supervisión y la interacción directa con los pacientes, asociada a una contingencia de reforzamiento, incrementa significativamente las conductas.

Dado el éxito mostrado por la Economía de Fichas en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, Bennett y Maley (1973), la utilizaron como técnica para la modificación de conductas de interacción. Se utilizó un diseño de grupo control y grupo experimental, los pacientes del grupo experimental recibieron reforzamiento contingente por hablar con otras personas, atender, preguntar, responder y trabajar cooperativamente en la solución de problemas; en el grupo control los pacientes fueron instruidos para que desarrollaran las mismas conductas pero no se reforzaron. Los resultados mostraron

que la implementación de las contingencias de reforzamiento tuvieron efecto significativo, en la modificación de conductas.

Mitchell y Stoffelmayr (1973), al observar pacientes esquizofrénicos extremadamente inactivos y aislados, utilizaron el principio de Premack, para el establecimiento, mantenimiento y control de conductas. Cuando el reforzamiento era contingente a la frecuencia de conductas similares a la respuesta deseada el desarrollo de trabajo se incrementaba significativamente y cuando este no era contingente a las respuesta similares la frecuencia de las conductas era similar al periodo de línea base. Los resultados mostraron que su aplicación estricta es un potencial terapéutico para el trabajo con pacientes en los que fracasa un programa de reforzamiento.

Durante 1974, se implementaron técnicas como el costo de respuesta, para el decremento de conductas negativas en pacientes psiquiátricos crónicos. Los datos obtenidos indicaron que el uso de esta técnica, asociada al reforzamiento positivo dentro de un Sistema de Economía de Fichas, no sólo reduce la incidencia de multas, sino que incrementa el porcentaje de respuestas adecuadas (Doty, McInnis y Gordon, 1974).

Con la proliferación del Análisis Conductual Aplicado, Kazdin (1975), analizó el impacto de éste, en diversas disciplinas y áreas de investigación, comparando el número de publicaciones especializadas, a través de un corte transversal desde 1968 a 1974. A partir de su investigación observó que en las publicaciones no se toman en cuenta algunas áreas como por ejemplo neurosis, trastornos mentales y consulta clínica o psicológica.

En el mismo año Goldsmith y McFall (1975), implementaron conductas adecuadas de interacción social en pacientes mentales agudos enseñándoles a utilizar pausas dentro de una conversación, la forma de responder a conductas de rechazo y actitud asertiva para el establecimiento de conversación con otras personas, a través de modelamiento y repaso del comportamiento adecuado. Al comparar su comportamiento con el de otros pacientes, en una condición de pseudoterapia (en donde disculpan y proponían soluciones a los problemas), se observaron cambios significativos.

Finch y Wallace en (1977) desarrollaron un estudio similar al anterior con pacientes mentales crónicos hospitalizados, registrando igualmente un incremento significativo en el desarrollo de habilidades interpersonales; además de un alto porcentaje de los pacientes que participaron en el estudio fueron dados de alta tres meses después de iniciado el mismo .

No obstante el cambio positivo de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, con la introducción de técnicas de modificación de conducta para su tratamiento y rehabilitación estos recaían por estar inmersos en un ambiente hospitalario inadecuado; algunos investigadores como Greenberg y col. (1975), observaron que al combinar la Terapia Ambiental con el Sistema de Economía de Fichas, se obtenían mejores resultados que si se utilizaban por separado.

En este modelo de tratamiento, el personal tenía la responsabilidad de establecer objetivos y procedimientos de tratamiento; asimismo los pacientes se dividían en grupos de cinco a siete personas que se reunían en asamblea para hacer recomendaciones y observaciones a los programas terapéuticos y recibían fichas por el

desarrollo de actividades, comportamiento adecuado, reducción de conductas delusionales y participación en grupo (Greenberg y col., 1975).

Por otra parte con la proliferación de la salud mental comunitaria (la cual tiene como objetivo sacar al paciente del ambiente hospitalario para que reciba tratamiento en su comunidad a través de la generación de albergues de transición y centros de asistencia) y el descubrimiento de que más del 40% de los pacientes que eran dados de alta reingresaban después del primer año, se desarrollaron diversos programas especiales comunitarios; por ejemplo Faiweather y col. (1969), estructuraron grupos de pacientes para su convivencia en la comunidad y el trabajo como porteros; Budson y col. (1977) diseñaron e implementaron una red de apoyo social amplio.

Durante 1977, uno de los trabajos más notables y extensos desarrollados para el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos, fue el publicado por Paul y Lentz, quienes realizaron una evaluación experimental de dos programas de tratamiento psicosocial: La Terapia Milieu y un programa de Aprendizaje Social.

En un trabajo de investigación de más de seis años de duración, estos autores reportan haber trabajado con 102 pacientes mentales crónicos, en los que no se tomó en cuenta el grado de cronicidad ni el diagnóstico. Para la implementación de los programas, utilizaron principalmente personal no profesional, estableciendo una relación similar a la existente en instituciones de custodia.

Al hacer una comparación de los resultados obtenidos con la aplicación simultánea de los dos programas de tratamiento, Paul y Lentz, registraron diferencias significativas en:

a) conductas de inadaptación social, donde los residentes de la Terapia Milieu, en año y medio de tratamiento, presentaron una incidencia del 43 al 55%, mientras que en los pacientes del Programa de Aprendizaje Social fue de 33 al 45%; cuando la conducta de inadaptación social al inicio de los programas fue de 90%

b) conductas bizarras (verbales y sociales), con la implementación de técnicas de modificación de conducta como tiempo fuera, retroalimentación y reforzamiento diferencial de otras conductas, se obtuvieron resultados similares en ambos programas de tratamiento; sin embargo en conductas de desorganización esquizofrénica como alucinaciones y delirios, se registró una reducción del 61% en los pacientes del Programa de Aprendizaje Social, mientras que en los de la terapia Milieu, no se observaron diferencias significativas.

Paul y Lentz concluyeron que tanto el Programa de Aprendizaje Social, como el programa de Terapia Milieu demostraron notables mejoras en los pacientes mentales crónicos severamente debilitados; sin embargo, con el programa de Aprendizaje Social se obtuvieron resultados más significativos (Paul y Lentz, 1977).

Posteriormente, Schraa; Lautmann, Kay y Screven (1978) implementaron diversas técnicas de tratamiento, como seguimiento de instrucciones, modelamiento, evitación de repetición y reforzamiento, para implementar respuestas no delusionales

en un paciente esquizofrénico crónico. En el estudio se utilizó un diseño de línea base múltiple de conductas, reforzando cada una de las respuestas adecuadas; los resultados mostraron que las respuestas no delusionales se incrementaron un 80% con la implementación de un Sistema de Economía de Fichas. Durante el seguimiento a nueve, diez y doce meses se registró el mantenimiento de la conducta implementada a excepción de una respuesta incorrecta en la entrevista a los doce meses.

En 1979 Nelson y Cone analizaron la efectividad de la Economía de Fichas en el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos; los resultados mostraron un incremento sustancial en el desarrollo de actividades, un cambio positivo de conductas y un incremento de interacción social; evidenciando la efectividad del Sistema de Economía de Fichas como técnica de tratamiento en este tipo de pacientes (Nelson y Cone, 1979).

Entre las investigaciones actuales, se encuentran las desarrolladas por Katzenberg y Hollander (1989); quienes utilizaron técnicas como la modificación directa de hábito, monitoreo y entrenamiento para eliminar conductas como el rascarse, el no seguir el consejo médico y controlar la ansiedad.

Uno de los problemas de conducta característicos de los pacientes esquizofrénicos, es el discurso delirante, por lo que los terapeutas se han enfocado a la implementación de técnicas que tienen como objetivo reemplazar el habla delusional por respuestas sociales apropiadas.

Por ejemplo, Stephen et al., (1987), introducen y refuerzan el desarrollo de actividades recreativas independientes, para reducir vocalizaciones estereotipadas en pacientes esquizofrénicos, ya que observaron que estas conductas decretaban significativamente cuando los pacientes veían la televisión o escuchaban la radio

Asimismo Foxx et al., (1988), utilizaron técnicas como la simulación verbal e identificación de pistas o señales, para enseñarles a responder correctamente y Webb et al. (1988), analizaron la relación entre el habla bizarra y las contingencias del medio ambiente y modificaron los estímulos que intervenían en el reforzamiento de la conducta.

Se ha observado que gran parte de los pacientes psiquiátricos, desarrollan polidipsia, relacionada tal vez a la psicopatología de su enfermedad o a la administración de neurolépticos. La polidipsia es identificada por poliuria y baja densidad en la orina, algunos de los factores que pudieran contribuir al exceso en la ingestión de líquidos son los trastornos de pensamiento y las creencias delusionales. Después de tiempo de presentarse el síntoma la dinámica de fluidos en los pacientes cambia, lo cual propicia la retención de líquidos o la secreción excesiva de sodio, causando hiponatremia o intoxicación por líquidos.

Klonof y Moore en 1984, publicaron la primera aplicación de terapia conductual con un paciente psicótico con polidipsia, en donde utilizaron tratamiento de relajación, retroalimentación, medidas de prevención y monitoreo. Más tarde, McNally y col., (1988), trataron a una mujer autista con polidipsia inducida por intoxicación por líquidos, en donde lograron normalizar su toma de líquidos y de esa forma prevenir la intoxicación.

Asimismo Bowen en (1990), enfatizando la importancia del tratamiento de polidip-sia en este tipo de pacientes, aplicó técnicas de modificación de conducta como re-
forzamiento positivo y tiempo fuera (Bowen, 1990).

Otras técnicas como movimiento de restricción breve y reforzamiento diferencial
de otras conductas se utilizan generalmente, para el decremento de conductas severas
inapropiadas como berrinches, trastornos perceptuales (alucinaciones y delirios) y
agresividad (Rolider, 1991; Williams and Cummings, 1991).

Uno de los investigadores que más ha trabajado con pacientes psiquiátricos
incapacitados es Liberman, quien desde 1973 se aboca a la tarea de probar técnicas
y procedimientos de rehabilitación conductual, y desarrollar modelos de tratamiento. A
partir de 1983, inició la generación de paquetes, con el propósito de implementar en los
pacientes, habilidades de vida social e independiente, que posibilite su desarrollo en
la comunidad como una persona productiva.

Destaca el Modulo de Manejo de Medicamentos (1986), diseñado con el objetivo
de ayudar a los pacientes a ser más independientes en el control del medicamento
antipsicótico, (más del 40% sufren recaídas por no tener control al respecto). Este se
divide en 4 áreas de habilidades:

- Area 1.- Obtención de información respecto al medicamento antipsicótico.
- Area 2.- Conocimiento de la administración correcta y evaluación del Medicamento.
- Area 3.- Identificar los efectos de la medicación.
- Area 4.- Negociar los problemas de salud con los profesionales en el área.

Cada una de las áreas está dividida en siete pasos o actividades de aprendizaje, que tienen como objetivo enseñar los contenidos de cada área:

- a) Introducción al área de habilidades.
- b) Videocassets y preguntas y respuestas.
- c) Juego de roles.
- d) Manejo de recursos.
- e) Solución de problemas.
- f) Ejecución en vivo.
- g) Asignación de tareas.

Los Modulos para la implementación de habilidades de vida social e independiente, decremantan significativamente el porcentaje de recaídas en pacientes psiquiátricos y el número de ingresos y reingresos en hospitalización.

Actualmente los estudios sobre intervención conductual, no se enfocan exclusivamente al tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos, sino que se han generado diversas investigaciones que tienen como propósito analizar su efectividad e incidencia en la participación familiar

Tarrier y Barrowclough (1990), al observar el interés e incremento de los programas de intervención, con familiares de pacientes esquizofrénicos, hicieron una revisión crítica de los estudios más importantes, llegando a la conclusión de que éstos se enfocan principalmente, al análisis y modificación de los ambientes familiares estrezantes, que tienen incidencia en las recaídas.

Según los autores, su proliferación se debe a: 1) el 50% de los pacientes que son dados de alta sufren recaídas después del primer año, a pesar de la administración de neurolépticos; 2) el incremento de modelos psicobiológicos; 3) en los estudios realizados por algunos investigadores, se observó que los pacientes que al ser dados de alta regresan a vivir con sus familiares, registran un mayor porcentaje de recaídas, en comparación con los que viven solos; 4) el surgimiento de los grupos de presión o de ayuda, ya sea por interés político o por parte de los familiares, y por último; 5) el desarrollo de la terapia conductual y su efectividad demostrada en desórdenes patológicos (Tarrrier y Barrowclough, 1990).

De los estudios revisados por Tarrrier y Barrowclough (1990), destacan: a) los no basados en emoción expresada; b) los de crisis orientada a terapia familiar; c) programas operantes; d) solución de problemas y educación; e) emoción expresada e intervención psicosocial familiar y; f) estudios controlados de intervención familiar basados en emoción expresada como factor de alto riesgo.

Los autores mencionan que no es posible realizar una evaluación, considerando las técnicas y metodologías utilizadas en cada uno de estos estudios, por las diferencias que presentan; no obstante, al hacer una comparación de la efectividad de sus resultados concluyeron que: el tiempo de las intervenciones familiares puede reducir las recaídas, más no prevenirías; los programas de educación no afectan los rangos en las recaídas, pero apoyan a las familias en la conceptualización de la enfermedad y sus problemas y consideran a las recaídas como única medida de sus resultados y por ende, se enfocan a los síntomas positivos de los pacientes; sin tomar en cuenta a los que no recaen (Tarrrier y Barrowclough, 1990).

En 1991, el mismo autor y cols. desarrollan una investigación que complementa la anterior, al introducir el factor económico y su influencia en la participación familiar, el cual tenía como objetivo demostrar que el costo extra de los servicios con intervención reduce significativamente la utilización de los mismos, al decrementar el periodo de tratamiento e incorporar a los pacientes esquizofrénicos a la comunidad con un desarrollo funcional (Tarrier et al, 1991).

Por otra parte algunos de los trabajos actuales con pacientes esquizofrénicos, enfatizan la influencia del ambiente estresante en el curso de la enfermedad ya sea de origen biológico o psicosocial; como percepciones alteradas, alteraciones cognitivas, déficits de atención y situaciones del ambiente que son estresantes para los pacientes.

Anderson y col. utilizaron el término "déficits psicológico esencial para explicar la vulnerabilidad al estrés enfocando sus estudios a la familia al considerarla como fuente principal del mismo. Durante 1991 implementaron programas psicoeducacionales, con el propósito de reducir los rangos de recaída en los pacientes. El tratamiento involucra entrenamiento familiar para establecer canales de comunicación, interacción adecuada y uso óptimo de tratamiento psicofarmacológico.

El estrés se presenta cuando los recursos del paciente son inadecuados para satisfacer las demandas de su ambiente, es un estado de desequilibrio acompañado de tensión, ansiedad y fatiga; esto es producido por eventos ambiguos que ocurren frecuentemente o se presentan durante largo tiempo.

Antecedentes en México

En México la implementación de técnicas de Modificación de Conducta en el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos, inicia con los trabajos desarrollados por Domínguez y cols. (1969-1971), en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (Domínguez, 1982).

Domínguez generó en primer término, un programa de Socialización intensiva para pacientes mentales; seleccionando aquellos pacientes en los que no se había observado ningún cambio con los tratamientos establecidos anteriormente. Utilizó un Sistema de Economía de Fichas similar al implementado por Ayllon y Azrin en 1968, para reforzamiento de conductas adecuadas junto con reforzamiento verbal y retroalimentación. Los resultados mostraron que los pacientes incrementaron significativamente el porcentaje de interacción con otros compañeros y miembros del personal (55% en promedio), mientras que el porcentaje de aislamiento decreció hasta llegar a 0% en un total de sesenta sesiones.

En base a la falta de recursos humanos y financieros requeridos para la implementación de programas de modificación en instituciones psiquiátricas, así como la falta de preparación del personal, Domínguez propone la posibilidad de generar programas utilizando a los mismos pacientes como asistentes.

Inicia esta propuesta en un pabellón del hospital mencionado, entrenando a seis pacientes como observadores, para lo cual reforzó la conducta de registro por intervalos con puntos que posteriormente podían ser cambiados por objetos y artículos requeridos. Concluyó que la incorporación de pacientes como asistentes, en términos de "recursos humanos y físicos" disponibles, debe tomarse en cuenta como una fase dentro de una secuencia, en la cual el objetivo es otorgar el control a personas directamente involucradas en la situación (Dominguez, 1982).

De los investigadores que han desarrollado trabajos sobre el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos utilizando técnicas y procedimientos derivados del Análisis Conductual Aplicado, sólo algunos implementaron Modelos de tratamiento. Destacan los trabajos desarrollados por Ayala y col. (1979-1990) quienes adaptaron y adecuaron el Programa de Aprendizaje Social y el Modelo de la Familia Enseñante desarrollados por Paul y Lentz (1977) y Phillips, Fixsen y Wolff en 1973 respectivamente, para la generación e implementación de un Modelo de tratamiento.

El Modelo se instrumentó en 1979, con apoyo del Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Universidad Nacional Autónoma de México, con el nombre de Programa de Rehabilitación para Pacientes Mentales Crónicos, en el Hospital Granja "La Salud Tlatzotzil" (Caballero, Cervantes y Rodríguez, 1981; Ayala, 1983; Quiroga, 1986; Vite, 1989).

El modelo tenía como propósito dotar al paciente de las habilidades requeridas para su reincorporación a la comunidad, a través de la implementación de técnicas de modificación de conducta y la reprogramación del ambiente hospitalario; éste fue dividido en dos fases de tratamiento: Pabellón y Villas Terapéuticas.

En la primera fase, se seleccionaba a los pacientes mediante la revisión de expedientes, observación conductual y entrevistas considerando como requisito indispensable el no tener impedimentos físicos severos, contar con familiares y no ser mayor de 55 años. Asimismo, se implementaron cinco áreas de entrenamiento: a) repertorios de autocuidado, b) actividades de aseo en pabellón, c) habilidades vocacionales, d) actividades académicas y e) programas de apoyo (incluyendo programas de interacción, socialización y control de conductas delusionales y bizarras); las cuales fueron apoyadas por un Sistema Motivacional (Caballero, Cervantes y Rodríguez, 1981; Ayala y col., 1983; Quiroga y col., 1986; Vite, 1989).

En esta fase, se establecieron tres niveles de tratamiento: inicial, intermedio y graduación, correspondiente a un estadio o grado de desarrollo conductual por parte de los pacientes.

La segunda fase, fundamentada en el Modelo de la Familia Enseñante, tenía como propósito refinar, mantener e incrementar en los pacientes las habilidades establecidas en la fase pabellón y la implementación de las destrezas requeridas para su incorporación a la comunidad como una persona independiente y productiva, para lo cual, se proporcionaba a los pacientes un ambiente normal y poco restrictivo cercano a un grupo social común.

Aquí se incorporaba a los pacientes que alcanzaban los objetivos establecidos en la fase pabellón; una vez que ingresaban, se les asignaba una vivienda, la cual compartían con dos de sus compañeros durante el tratamiento.

MODELO CONDUCTUAL ANTECEDENTES EN MEXICO

Los resultados mostraron que las técnicas y procedimientos utilizados, fueron efectivos para el establecimiento de habilidades y destrezas básicas que les permitan a grupos de pacientes mentales crónicos su reincorporación a la comunidad.

Como se mencionó anteriormente, en el modelo existía un área de apoyo a pacientes, que tenía como objetivo el tratamiento de conductas bizarras o problema. Dentro de la implementación de este tipo de programas, Pérez, Calixto y Hernández (1985), instrumentaron técnicas de modificación como la retroalimentación negativa, la sobrecorrección, el tiempo fuera, reforzamiento social y economía de fichas para decrementar la conducta verbal delusional en este tipo de pacientes. Los resultados alcanzados demostraron que los repertorios verbales delusional y la conducta verbal adecuada pueden observarse, registrarse, evaluarse y modificarse o decrementarse como cualquier conducta, abriendo la posibilidad de intervenir en el tratamiento de conductas bizarras que presentan este tipo de pacientes en México.

El modelo continúa desarrollándose hasta 1990; a partir de que el personal se incorpora exclusivamente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, éste deja de instrumentarse como tal. Actualmente, continúan implementándose actividades de autocuidado, terapia ocupacional y actividades de apoyo. Se mantienen las dos fases del tratamiento, Pabellón y Villas Terapéuticas con la participación de todos los pacientes del hospital, incorporando a las Villas, a los que tienen posibilidad de ser dados de alta; sin embargo, no se registran datos de avance ni se implementan programas de tratamiento (Comunicación personal, Rodríguez, Escamilla, Acosta, junio de 1993).

Los resultados alcanzados durante los primeros años de aplicación, permitieron concluir que los procedimientos y técnicas de tratamiento desarrollados en este modelo, posibilitan la generación de habilidades indispensables para el funcionamiento adecuado dentro del hospital y su reincorporación a la comunidad (Caballero, Cervantes y Rodríguez, 1981; Ayala y col., 1983; Quiroga y col., 1986; Vite, 1989).

Se tiene conocimiento que de 5 de los pacientes dados de alta entre 1982 y 1983, dos de ellos continúan asistiendo a consulta externa, sin sufrir recaídas considerables (Comunicación personal Rodríguez, Escamilla y Acosta, junio, 1993).

Ayala y cols., implementaron otra modalidad de tratamiento psicosocial, basado en el modelo de Terapia Milieu desarrollado por Paul y Lentz en 1977; éste se instrumentó a nivel piloto en el Hospital Psiquiátrico Campeste, "Dr. Samuel Ramírez Moreno" y al igual que el programa de Aprendizaje Social tenía como propósito proporcionar al paciente las destrezas y habilidades requeridas para su resocialización e incorporación a la comunidad. La diferencia estribó en los procedimientos requeridos para el logro de sus objetivos (Quiroga y cols. 1986; Vite, 1989).

Los aspectos principales de la Terapia Milieu son: 1) la comunicación de expectativas, 2) la participación de los pacientes en actividades-objetivo, 3) la retroalimentación positiva y negativa y 4) la presión social. Su implementación está basada en los aspectos generales de la comunidad terapéutica, en donde pacientes y personal intervienen en el desarrollo de sus actividades y son responsables de ellos mismos (Quiroga y cols. 1986).

Los datos mostraron que el porcentaje de participación en la implementación del programa, fue de 20% en el desarrollo de actividades en el ambiente hospitalario establecido; bajo las condiciones de reestructuración ambiental, el porcentaje de participación, se incrementó hasta el 85%.

En relación a los resultados alcanzados con la implementación en México de los dos programas psicosociales para el tratamiento de pacientes mentales crónicos hospitalizados, al igual que Paul y Lentz en 1977, Vite (1989), realiza una evaluación de ambos programas con el propósito de identificar los cambios que promueven en los pacientes.

Para realizar la evaluación, Vite seleccionó cuatro grupos de pacientes conformados de la siguiente forma: El grupo 1 con 20 pacientes del programa de Aprendizaje Social; el grupo 2 por 10 pacientes que recibieron tratamiento psicofarmacológico (grupo control del Programa de Aprendizaje Social); grupo 3 integrado por 20 pacientes del Programa de Terapia Milieu; y grupo 4 por 10 pacientes que recibieron tratamiento psicofarmacológico exclusivamente (grupo control del Programa de la Terapia Milieu).

Los resultados mostraron que ambos programas psicosociales, fueron más efectivos que el tratamiento Médico Psiquiátrico Farmacológico, ya que proporcionaron a los pacientes conductas, habilidades y destrezas requeridas para su reincorporación a la comunidad y por otro lado, decrementaron las conductas de aislamiento, apatía y trastornos delusivos (Vite, 1989).

Por otra parte, entre 1984 y 1986, Valencia y cols., desarrollaron trabajos de intervención conductual con pacientes psiquiátricos hospitalizados con el propósito de que recuperaran las habilidades y capacidades afectadas por el padecimiento. Destacan el modelo de intervención clínica en 1984, un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos hospitalizados en 1984; evaluación del funcionamiento social en pacientes mentales en 1985 y características de conducta de pacientes mentales el mismo año.

Con los trabajos de intervención realizados, Valencia (1986), formuló principios de tratamiento y rehabilitación para el paciente psicótico hospitalizado. Como primer punto, revisó las diferentes concepciones de rehabilitación y describe que no se puede considerar una definición igual a otra, no obstante que el objetivo es la recuperación y desarrollo de las capacidades del paciente en base a las potencialidades que presenta. Asimismo, menciona que no se puede establecer una separación entre tratamiento y rehabilitación, por lo que los problemas del paciente no se deben analizar en forma separada; de ahí la importancia del trabajo interdisciplinario. Por último, describe los principios que deben tomarse en cuenta para el tratamiento del paciente mental (Valencia, 1986).

Durante 1991, Valencia describió en un artículo la importancia del hospital mental como instrumento terapéutico y el papel que debe tener el psicólogo en la práctica clínica institucional, para lo cual implementó un modelo de tratamiento psicosocial que tenía como objetivo que los pacientes realizaran diversos "roles psicosociales", tanto en la familia, la comunidad, como en el trabajo. Utilizó un diseño cuasi-experimental con grupo control, a fin de comparar la efectividad del modelo. Los resultados alcanzados

indicaron que con la aplicación del tratamiento, los pacientes mejoran significativamente. Después de la implementación y resultados obtenidos con esta técnica de intervención, analiza el papel del psicólogo en la práctica clínica institucional, llegando a la conclusión de que es importante su participación en la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente (Valencia, 1991).

Dada la efectividad mostrada con la implementación de programas de modificación de conducta en Pacientes Mentales Crónicos Hospitalizados, Pineda Moreno y Fuentes (1987), elaboraron un libro de texto que agrupa las técnicas y procedimientos que pueden ser utilizados con éxito en hospitales psiquiátricos. Este tiene como propósito apoyar a los psicólogos que trabajan en estas instituciones, no sólo en su aplicación, sino además en el entrenamiento de personal de apoyo, como enfermeras pacientes y personal de mantenimiento.

Al hacer una evaluación de los servicios de un hospital psiquiátrico, Ryan (1983), detectó la necesidad de implementar un programa psicosocial para pacientes agudos hospitalizados, con el objeto de facilitar la readaptación del paciente a su comunidad; en la que clasificó los roles ocupacionales, sociales y familiares. Los resultados mostraron que el programa redujo los síntomas patológicos e incrementó el funcionamiento social.

Por otra parte Castrejón y Espino (1988), implementaron un programa de Economía de Fichas para el tratamiento de dos pacientes esquizofrénicos, en donde enfatizan la importancia de esta técnica al ser uno de los procedimientos que más éxito ha tenido en el tratamiento y rehabilitación de este tipo de pacientes. Los resultados

mostraron que la implementación de técnicas de modificación de conducta son efectivas en el tratamiento y rehabilitación de pacientes que viven con sus familiares.

Al hacer una revisión de los diversos programas de rehabilitación conductual, se registra un avance en la aplicación, modificación e incremento de las técnicas de tratamiento, el uso de escenarios, el manejo del paciente psiquiátrico, la incorporación de la familia, la evaluación de la efectividad de los mismos, comparando su aplicación con otro tipo de tratamientos, la combinación con estos para beneficio de los pacientes y el seguimiento a largo plazo para prevención y detección de recaídas.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Con la revisión de programas de tratamiento y rehabilitación de pacientes esquizofrénicos y tomando en cuenta el objeto de la investigación, en el que se observa su incidencia en el paciente, la familia, y las instituciones de salud; se consideró necesario describir las técnicas y procedimientos más utilizados; ya que permite conocer los más efectivos, la forma en que se aplicaron, la adherencia al tratamiento, la implementación, mantenimiento, generalización, y seguimiento de conductas.

Los tratamientos fundamentados en el análisis conductual aplicado, se clasifican en dos tipos diferentes de terapéutica dependiendo de la clase de conducta que se desea cambiar; a) el condicionamiento clásico, en el que se utiliza una conducta fisiológica refleja no aprendida para modificar la conducta no deseada generalmente

MODELO CONDUCTUAL

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

refleja o involuntaria; b) métodos operantes en los que se utilizan procedimientos ambientales para controlar las consecuencias de la conducta volitiva del paciente (Solomon, 1976; Caballo, 1991).

Terapéuticas del Condicionamiento Clásico

Este tipo de técnicas generalmente se utilizan para controlar y modificar las conductas de miedo y ansiedad como el condicionamiento aversivo, la desensibilización sistemática y la inhibición recíproca. Los experimentos desarrollados por Wolpe y col., así como los desarrollados posteriormente sugirieron que la ansiedad podía eliminarse o decrementarse si ocurría una respuesta inhibitoria de la ansiedad en presencia de los estímulos provocadores de la misma.

Relajación Progresiva

La técnica más utilizada para el tratamiento de este tipo de conductas es la relajación progresiva propuesta por Jacobson, en la que los terapeutas utilizan el estado de relajación muscular profunda, como un inhibidor recíproco de la ansiedad. A través de ejercicios en los que se requiere la contracción y relajación alternada de diversos grupos musculares se enseña al paciente a conocer el estado de relajación.

Una vez que el paciente aprende a relajarse se le induce, a imaginar las situaciones que le provocan ansiedad a partir de la construcción de una jerarquía de éstas, utilizando el procedimiento de desensibilización sistemática,

MODELO CONDUCTUAL

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Desensibilización Sistemática

Esta técnica de tratamiento fue desarrollada para eliminar y/o controlar las conductas de miedo y evitación, en la que se utilizan dos formas distintas de intervención; a) se enseña al sujeto una respuesta diferente a la ansiedad; y b) se expone gradualmente el estímulo que induce la ansiedad, esta puede ser imaginario o en vivo (Solomon, 1976; Caballo, 1991).

Los terapeutas que utilizan este tipo de técnica, de acuerdo a Wolpe (1983), y diversos investigadores, deberán estar preparados en el manejo de la escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad; en el análisis conductual que les permita la elaboración correcta de las jeraquias de miedos; en técnicas de relajación profunda; y en la exposición de la jeraquia de imágenes junto con el establecimiento de una respuesta de relajación en el sujeto (Solomon, 1976; Rimm y Masters, 1990; Caballo, 1991).

Uno de los aspectos a considerar antes de utilizar esta técnica es determinar el tipo de ansiedad que pueden sufrir los sujetos, esta puede ser racional o irracional (Rimm y Masters, 1990).

Condicionamiento aversivo

Involucra la presentación de un estímulo negativo y la secuencia de una conducta que lo interrumpe. Esta técnica se utiliza generalmente para problemas de drogadicción y alcoholismo y algunos tipos de desviación sexual; cada vez que el sujeto emite la

conducta indeseada se presenta el estímulo aversivo hasta que la conducta inadecuada se modifica experimentando los efectos de dicho estímulo (Solomon 1976).

Métodos Operantes

Las técnicas y procedimientos caracterizados como métodos operantes, tienen como propósito implementar, mantener y/o modificar conductas volutivas (operantes), a través de la modificación sistemática de sus consecuencias. La conducta operante se define como algo que el individuo hace o puede hacer y es susceptible de observarse medirse y/o cuantificarse.

Gran parte de los programas y estudios de condicionamiento operante siguen los siguientes pasos: 1) identifican la conducta que se pretende incrementar o disminuir; 2) Se registra su presencia o ausencia estableciendo una línea base que permita evaluar los efectos del procedimiento; 3) se introduce el procedimiento (en caso de que este no sea el adecuado puede adaptarse o modificarse); y 4) se generaliza la conducta en diversas situaciones, para asegurarse de su mantenimiento (Solomon, 1976; Caballo 1991).

DISEÑOS

Para la aplicación de los programas o técnicas de tratamiento operantes, se utilizan diversos diseños experimentales los cuales permiten intervenir e identificar si a las variables manipuladas (VIs) se les atribuye la modificación de conducta y no a variables extrañas (Casalta y Becerra, 1981).

Los diseños experimentales en el Modelo Conductual inician con la definición operacional del comportamiento (VDs), utilizando como herramienta, registros confiables del mismo para la selección adecuada del tratamiento; analizan la relación existente entre las VIs y las VDs, y propician la generación de técnicas que permiten el mantenimiento y presencia del control logrado, en otras situaciones (Casalta y Becerra, 1981).

A continuación se describen los diseños, más utilizados en los métodos operantes.

Grupo Experimental.- En el grupo experimental se introducen diferentes condiciones experimentales (VIs), dadas por las preguntas de investigación con el propósito de observar las relaciones causales entre la VI y la VD (Castro, 1979).

Grupo control.- El grupo control se utiliza como punto de referencia para la evaluación de los efectos que pudiera provocar la introducción de la variable independiente (VI), sobre el grupo experimental (VD); por lo que es importante que ambos grupos se sometan al mismo procedimiento y técnica de registro, para controlar las posibles variables extrañas (VE) (Castro, 1979; Campbel y Stanley 1978).

Línea Base.- En la Modificación de Conducta, el primer paso es obtener un registro de su nivel operante; el investigador debe establecer el nivel de ocurrencia antes de intentar modificarlo. El registro del nivel operante de conducta se conoce como línea base; este se puede obtener mediante un registro continuo y discreto del tiempo antes durante y después de la aplicación de la VI (Hall, 1973; Castro, 1979).

Diseño A-B.- En este diseño se aplican dos etapas experimentales claramente definidas, en una de las cuales se introduce la VI. La etapa B, sucede temporalmente a la etapa A y se utiliza para evaluar los efectos de la variable independiente (Hall, 1973; Castro, 1979).

Diseño A-B-A. En este diseño se registra la línea base de la VD previa a la intervención, se introduce la VI y se mide nuevamente la VD (el retorno a la línea base) en donde el sujeto sirve como su propio control.

Cuando se retira la VI y la conducta regresa a la condición de línea base, se dice que es reversible o que ha recuperado su forma original, sin embargo, si no retorna a la condición de línea base, se dice que es irreversible. (Hall, 1973; Castro, 1979).

Diseño A-B-A-B.- Aquí se debe registrar durante las etapas "A" la línea base, es decir la conducta sin la introducción de la VI y en las etapas "B", la aplicación de la VI. Algunos investigadores, mencionan que este diseño es un replica intrasujeto porque la segunda secuencia A-B, es una repetición de la primera (Hall, 1973; Castro, 1979).

Diseño de Línea Base Múltiple.- Este diseño, permite demostrar la relación causal entre las VIs. y las VDs., ya que posibilita la observación de varias respuestas simultáneamente. Hall y col., proponen tres diseños de línea base múltiple: a) de respuestas, b) de individuos, c) de situaciones.

Línea base múltiple de respuestas.- Se registran diferentes tipos de conducta que sirven de comparación para evaluar los cambios producidos por la VI, en donde se introduce la condición experimental (VI), a cada una de las conductas a la vez; y si estas se modifican se deduce que existe una relación causal entre la VI y las VDs.

Línea base múltiple de individuos.- Consiste en el registro de una sola conducta, a diferentes individuos y en aplicar la VI sucesivamente a cada uno; observando si existen cambios.

Línea base múltiple de situaciones.- Consiste en la observación y registro de la conducta de un mismo sujeto, en diferentes situaciones. Una vez obtenida la línea base, se aplica la VI al sujeto y o sujetos en cada una de las diferentes situaciones; observando los cambios se puede establecer una relación entre la VI y las VDs (Hall 1973; Castro, 1979).

Diseños Multivariantes.- Este tipo de diseños permite la manipulación de dos o más variables independientes por lo que se consideran multicondicionales, ya que posibilitan el análisis de la correlación entre las VIs y las VDs. Por ejemplo en el trabajo con pacientes esquizofrénicos para decrementar conductas severas delusionales en el que se introducen diversas técnicas como VIs, sobrecorrección, reforzamiento diferencial de otras conductas, movimientos de restricción breve; con el propósito de incidir en las VDs, conductas de berrinche, agresividad, conductas estereotipadas e incremento de conductas adecuadas, observando la correlación que existe entre éstas (Campbell y Stanley, 1978; Castro, 1979).

MODELO CONDUCTUAL TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Diseños reversibles multivariantes.- Son aquellos en los que se presenta por lo menos una reversión. Se manipulan más de dos variables y el orden de la secuencia puede modificarse. Por ejemplo, un diseño puede ser A-B-A-C o A-B-C-A y no existe restricción en cuanto al número de condiciones (Castro, 1979).

Diseños Factoriales.- Este tipo de diseño, analiza el efecto que tiene la aplicación de dos o más variables Independientes, sobre una variable dependiente; además de analizar por separado la incidencia de cada una de las VIs (Campbell y Stanley, 1978; Castro; 1979).

TECNICAS

Técnicas para Incrementar Conductas

Reforzador

Este es cualquier evento que aumenta la fuerza de la conducta a la cual sigue, este debe seguir inmediatamente a la conducta deseada para tener éxito: Se determina si un reforzador es o no efectivo observando los efectos sobre la conducta o conductas (Hall, 1973; Pineda, Moreno y Fuentes, 1987; Rimm y Masters, 1990; Caballo 1991).

Uno de los principales aspectos que se deben tener en cuenta para modificar una conducta, con la introducción de reforzadores es su selección, ya que no todos los eventos utilizados tienen el mismo efecto sobre las personas. Existen dos tipos de reforzadores; a) primarios, aquellos eventos que no dependen del condicionamiento previo para su valor reforzante, por ejemplo todas las consecuencias que satisfacen

MODELO CONDUCTUAL

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

ciertas necesidades biológicas; b) secundarios, aquellos eventos que han adquirido poder reforzante, sin que estén relacionados con las necesidades biológicas (Hall, 1973; Rimm y Masters, 1990;).

Programas de Reforzamiento

Estos tienen un efecto directo sobre la conducta, al reforzar de diferentes formas la conducta objetivo; existen diversos programas entre los que destacan:

Reforzamiento Continuo.- Este programa generalmente se utiliza para fortalecer o implementar una conducta, por lo que cada respuesta deseada es reforzada inmediatamente después que se presenta.

Reforzamiento intermitente.- Estos tienen como propósito mantener una conducta una vez que se presenta con tasas altas; sólo se refuerzan algunas de las respuestas deseadas, con este programa la conducta es más resistente a la extinción.

Programas de razón.- Aquí el reforzador es contingente a un número determinado de respuestas y pueden ser fijos o variables.

Programas de intervalo.- El reforzador es contingente al paso del tiempo sobre las respuestas, y al igual que en el anterior pueden ser fijos o variables (Hall, 1973; Rimm y Masters 1990).

Economía de Fichas

La Economía de Fichas utiliza como uno de sus componentes fundamentales los principios del aprendizaje operante hacia la producción de un impacto positivo en el funcionamiento adecuado de los pacientes, otorgando fichas o puntos por el desarrollo de actividades de autocuidado, vocacionales y de interacción social. Esta técnica puede combinarse con otras, tales como Encadenamiento, Modelamiento, Moldeamiento, Tiempo Fuera, Reforzamiento Social, Reforzamiento Positivo Adicional, Extinción.

El desarrollo e implementación de diversos programas de tratamiento con la Economía de Fichas como técnica, generalmente se inician con un periodo de línea base que varía de tres a siete días lo cual permite valorar los efectos que tiene en la modificación de conductas.

Con la aplicación de diversos estudios, se ha observado que para que esta técnica sea efectiva, es necesario tener un control estricto sobre las contingencias del medio ambiente que pudieran interferir además de analizar el poder que los reforzadores ejercen sobre cada uno de los pacientes.

Por otra parte, una vez establecidas o decrementadas las conductas objetivo, es importante desvanecer el poder reforzador de las fichas y puntos introduciendo en la etapa de generalización y mantenimiento otro tipo de técnica.

Algunos investigadores aplican la Economía de Fichas como un Sistema en el cual introducen al paciente a diferentes niveles de reforzamiento. Para implementar conductas reciben puntos o fichas inmediatamente después de realizarlas; una vez que se relacione el pago con la actividad o conducta, se incrementa el periodo entre ambos. El avance de los pacientes en los diferentes niveles del sistema, les otorga oportunidad de obtener reforzadores más caros.

No obstante la efectividad demostrada por la economía de fichas en pacientes mentales crónicos a lo largo de veinte años, al hacer una revisión de los programas aplicados en Gran Bretaña durante 1973, se identificaron cinco fallas en el sistema: a) la selección inadecuada de pacientes; b) falta de entrenamiento a personal de apoyo; c) problemas de coordinación entre los responsables de los programas y el personal administrativo; d) asignación inadecuada de funciones a personal de psicología; e) interferencia de la comunidad.

Posteriormente en la década de los ochentas, con el desarrollo de Centros de Atención Comunitaria, como alternativa a la hospitalización en los que se implementó la Economía de Fichas para el tratamiento de pacientes externos en Centros de Día, Casas Grupales u Hospital Parcial entre otros., identificaron diversos factores que interfieren en su aplicación, como por ejemplo; el acceso a los reforzadores, la compra externa de estos por los pacientes, la interrupción del tratamiento, la observación en periodos cortos de tiempo y la interferencia familiar.

Técnicas para establecer una conducta

Este tipo de técnicas se utilizan cuando la conducta casi nunca se presenta o cuando se pretende enseñar una nueva. En el tratamiento de pacientes esquizofrénicos se emplea cuando la ausencia de la conducta impide la adaptación del paciente en la comunidad.

Moldeamiento por aproximaciones sucesivas

El moldeamiento es un procedimiento diseñado para inducir la ejecución de conductas nuevas por medio del reforzamiento inicial a las del repertorio del individuo, que tienen alguna similitud con las conductas deseadas, para gradualmente retirar el reforzamiento de las menos similares que progresivamente se asemejan a las deseadas, hasta alcanzar el objetivo (Hall, 1973; Pineda, Moreno y Fuentes, 1987; Rimm y Master, 1990).

Modelamiento

Este consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes, que demuestren las conductas que habrá de adoptar. Su efecto no se limita a la repetición de las conductas modeladas, sino que induce cambios en las actitudes y sentimientos de los pacientes

Existen cuatro funciones básicas que proporciona esta técnica: 1) adquisición de la conducta; 2) facilitación social de conductas apropiadas; 3) desinhibición; y 4) extinción (Hall, 1973; Pineda Moreno y Fuentes, 1987; Rimm y Master, 1990).

Instigación

La instigación se emplea para apoyar otros procedimientos, conductuales para hacer que la conducta se presente, ésta puede ser física o verbal y su aplicación dependerá de la conducta que se desea establecer.

Técnicas para decrementar conductas

Estas se utilizan generalmente cuando el propósito del programa o intervención es eliminar o reducir la presencia de una conducta, sobre todo aquellas conductas que son aversivas o dañinas para las personas con quien se trabaja o para otras.

Extinción

Es el proceso mediante el cual se elimina o suspende un reforzador que le sigue a la conducta para que decremente o desaparezca. Su efecto es gradual hasta que desaparece la conducta. Para su implementación es importante conocer el reforzador que mantiene la conducta que se desea eliminar.

Tiempo Fuera

Cuando no es posible eliminar el reforzador que mantiene la conducta que se quiere eliminar, se saca al sujeto de la situación inmediatamente después que ésta se presenta, por lo que se pierde la relación con los reforzadores disponibles; generalmente esta técnica se asocia con aclaraciones verbales o retroalimentación.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Castigo

El Castigo en la Modificación de Conducta, es un término técnico que se refiere a un procedimiento científico y consiste en presentar un estímulo aversivo o eliminar un reforzador positivo inmediatamente después de una respuesta.

La forma de determinar si una consecuencia es aversiva, es observando sus efectos sobre la conducta que le sigue, por ejemplo; si un choque eléctrico es administrado cada vez que un animal presione una palanca en su jaula, por lo general decrecerá la tasa de respuesta que le sigue. Sin embargo; el estímulo puede no ser considerado como tal, por lo que si se quiere reducir la fuerza de una conducta a través del castigo, es importante que el estímulo seleccionado sea efectivo.

Cabe mencionar que la aplicación de un castigo, por exhibir una conducta inapropiada, no garantiza la emisión de una adecuada, por lo tanto, el castigo debe ir asociado al reforzamiento positivo, para asegurarse de que la conducta apropiada sea reforzada tan pronto como ocurra.

Reforzamiento Diferencial de otras conductas

Esta técnica tiene como objetivo reforzar una conducta diferente a la que se pretende eliminar, por lo que debe ser incompatible a la misma, por lo que no pueden presentarse al mismo tiempo (Hall, 1973; Pineda, Moreno y Fuentes, 1987; Rimm y Masters, 1990; Caballo, 1991).

MODELO CONDUCTUAL **DEFINICION CONDOC.**
ESQUIZOFRENIA

Como se mencionó anteriormente, en el Análisis Conductual Aplicado se conceptualiza a los trastornos mentales o patológicos como problemas de aprendizaje y conducta, cuando no se detectan lesiones o alteraciones orgánicas. Por consiguiente, la esquizofrenia es considerada como tal.

No obstante para el establecimiento del diagnóstico y clasificación de pacientes, los terapeutas e investigadores conductuales toman como base los criterios y conductas descritos en el DSM-III-R, en donde se establece que para considerar a un paciente como esquizofrénico, deberán presentarse uno o más de los siguientes síntomas durante la fase de enfermedad.

a) Conductas delusionales:

- Extravagantes.- Desorganización del pensamiento y discurso incongruente sin base real.
- Somáticas de grandeza.- Ideas religiosas o mesiánicas.
- De persecución.- Acompañadas con trastornos de percepción.
- Auditivas.- Percepción del estímulo sin que este exista.

b) Alteraciones afectivas

c) Conductas autistas.

d) Deterioro de conductas laborales, sociales y de autocuidado.

Fase residual. - Persistencia posterior a la fase de enfermedad de dos de los siguientes síntomas:

- Conductas de aislamiento
- Deterioro de conductas laborales
- Deterioro de apariencia personal
- Conductas inadecuadas (por ejemplo robo, colección de basura, conductas estereotipadas, etc.)
- Aplanamiento afectivo
- Habla bizarra o delusional

CAPITULO III

IMPACTO DEL MODELO CONDUCTUAL

En el capítulo anterior se presentó una revisión histórica de los programas de tratamiento para pacientes esquizofrénicos, fundamentados en el modelo conductual y la descripción de las técnicas más utilizadas. A continuación se analiza, el impacto que tiene actualmente su aplicación.

Cabe mencionar que el modelo conductual al ser un enfoque experimental se caracteriza por su aspecto epistemológico, es decir por la búsqueda continua de normas rígidas de control y comprobación; lo que permite establecer una estrecha relación entre el tratamiento y la evaluación del mismo.

Aunque los resultados alcanzados en gran parte de las investigaciones revisadas, muestran evidencia de la efectividad del tratamiento, no se considera la incidencia que tiene en el paciente, la familia y las instituciones de salud mental.

La evaluación de impacto, permite obtener información sobre la forma en que un factor modifica o altera un área determinada, ésta supone la incidencia de efectos en funcionamiento. Así el impacto del Modelo Conductual se considera como la alteración e incidencia de sus efectos en el paciente, la familia, las instituciones de salud y la comunidad (Aguilar, 1987).

Uno de los aspectos que deben tomarse en cuenta para determinar el impacto del Modelo Conductual es la especificación de los campos donde éste incide. Para efectos de la investigación se consideraron cuatro: a) la patología del paciente; b) la familia; c) la comunidad terapéutica; y d) los paradigmas científicos. En los campos de impacto se encuentran involucrados diversos actores sociales, dado que expresan las necesidades e intereses a los cuales la instrumentación del Modelo responde, como por ejemplo, el paciente, los familiares, los terapeutas y la comunidad.

Para realizar el análisis en cada campo se tomaron en cuenta diversas variables, las cuales permiten identificar los aspectos esenciales del objeto de evaluación, al adoptar diferentes valores. Estas se pueden definir como el conjunto de aspectos que permiten identificar las propiedades del Modelo Conductual, no son independientes unas de otras, sino que están estrechamente vinculadas; sin embargo deberán separarse los aspectos esenciales que servirán de guía para realizar el análisis y la evaluación.

De los campos de impacto se derivan cinco variables de análisis que permiten identificar su impacto: 1) los programas y modelos de tratamiento conductual; 2) la incidencia en el paciente; 3) la incidencia en la familia; 4) la incidencia en las instituciones de salud y; 5) la incidencia en la comunidad.

Una vez identificadas las variables de análisis se determinaron los indicadores de impacto, es decir los elementos significativos de cada variable que permitieran la selección de los datos requeridos para evaluar los programas de tratamiento.

A continuación se describen los indicadores utilizados para el análisis y la evaluación de cada variable.

En los Programas y Modelos de Tratamiento

Se analiza el tipo de técnicas y diseños que se utilizan, la forma de aplicación, la efectividad en la modificación, el objetivo de los programas, la forma en que se seleccionan los pacientes, el tiempo de intervención y el propósito del mismo.

En la Incidencia en los pacientes

Se analizan y evalúan los cambios y los efectos que tuvieron las técnicas de intervención en el o los pacientes; considerando la modificación del comportamiento, la presentación de la conducta en diferentes situaciones, la adherencia al tratamiento, funcionamiento en la comunidad, porcentaje de recaídas, periodo en que se presentan, y mantenimiento de la conducta en X periodo de tiempo. Para identificar su impacto,

debe tenerse en cuenta si se utilizaron y aplicaron adecuadamente las técnicas y procedimientos a fin de corroborar si estas incidieron en los cambios presentados.

Incidencia en la Familia

Se analiza si se toma en cuenta a la familia antes de aplicar el tratamiento, actitud hacia el mismo, modificación en la forma de interactuar con el paciente, participación y apoyo a los programas.

Instituciones de Salud

Se analiza la aceptación en la implementación de este tipo de programas, asignación de recursos, limitaciones, beneficios y alcances.

Análisis Histórico

Se comparan las modificaciones implementadas a los programas de tratamiento con su desarrollo a través de los años.

En la evaluación de los programas de tratamiento, deberán considerarse tres aspectos principales: a) los resultados alcanzados comparados con las técnicas y procedimientos utilizados; b) análisis de los objetivos propuestos y; c) las necesidades e intereses del tratamiento.

El primer factor permite conocer la eficiencia en el uso de los medios, es decir, la eficiencia del proceso; el segundo la eficacia, al comparar los resultados con los objetivos propuestos; y el tercero, el grado de relevancia y significancia al comparar los resultados alcanzados con las necesidades de tratamiento (Weiss, 1973).

Características de Impacto del Modelo Conductual

-Un programa de tratamiento, puede producir varios impactos observables en una variable o en varias (paciente, familia o instituciones de salud)

- Un impacto puede ser resultado de diversos programas de tratamiento

-El impacto se da en el tiempo; los resultados pueden obtenerse a corto, mediano y largo plazo

- Los impactos se pueden relacionar entre sí, produciendo diversas combinaciones (Gámez, 1985), por ejemplo un programa puede ser eficaz y no ser eficiente o viceversa, eficiente pero ineficaz, como en el caso de un programa en el que se utilizaran adecuadamente las técnicas y procedimientos y no se alcanzaran los objetivos propuestos.

Operación de la Evaluación de Impacto en el Modelo Conductual

Para realizar la evaluación de impacto deben considerarse las siguientes premisas:

-Existe impacto si se modifica el comportamiento de los pacientes, actitud de la familia o situaciones en instituciones de salud

-El impacto debe ser a largo plazo, es decir, deben observarse las modificaciones en los pacientes, la familia y las instituciones de salud, durante largo tiempo

-El Impacto del Modelo Conductual puede registrarse en una o varias de las variables mencionadas anteriormente.

-Existen variables extrañas que obstaculizan o favorecen la aplicación del Modelo Conductual en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos y por lo tanto inciden directamente en los resultados, por lo que deben ser consideradas para la evaluación

A fin de realizar adecuadamente el análisis de los programas de tratamiento en la metodología de evaluación de impacto se proponen los siguientes pasos:

Sistematización

Lo primero que debe tomarse en cuenta para la evaluación y análisis de los programas de tratamiento, son los resultados alcanzados y el periodo de mantenimiento.

Análisis

En este paso se deben identificar los actores sociales que intervienen en el programa (pacientes, familiares, terapeutas), dado que expresan las necesidades e intereses a los cuales la aplicación del Modelo Conductual debe responder, es de gran importancia para la evaluación ya que en cada uno de los actores que intervienen, entran en juego intereses y necesidades diferentes.

Indagación y valoración

Este paso tiene como propósito identificar si realmente la aplicación de las técnicas de tratamiento satisfacen las necesidades e intereses y el grado en que esto ocurre.

Prospectiva del Modelo Conductual

Para evaluar este aspecto, se tienen que tomar en cuenta las conclusiones que se obtuvieron con el desarrollo de los pasos anteriores de la siguiente forma: el grado y forma de satisfacción de las necesidades e intereses; las fracturas que se manifiestan y las posibilidades de impacto en el futuro.

Para realizar la evaluación y análisis del Modelo Conductual se seleccionaron las investigaciones actuales aplicadas para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, las cuales se obtuvieron a través del Banco de datos Psycit y los estudios más importantes realizados en México.

En la evaluación se consideraron las variables y metodología propuesta, englobando algunos programas por el tipo de problema o conducta en el que intervinieron; y otros por las técnicas y procedimientos utilizados. Posteriormente se compararon los resultados con el desarrollo histórico de la aplicación del Modelo para identificar los avances, limitaciones, alcances y problemas.

A continuación se presenta el análisis realizado y las conclusiones a las que se llegaron, con la evaluación de cada programa y su valoración en conjunto

***Programas de tratamiento enfocados al decremento de conductas delusio-
nales o bizarras en pacientes esquizofrénicos.***

1) Introducción de actividades recreativas independientes para reducir vocalizaciones estereotipadas en esquizofrénicos crónicos (Stephen y col., 1987).

En el estudio se utilizan las actividades recreativas independientes y el reforzamiento con un sistema de economía de fichas como variables independientes, en el que participaron dos sujetos a los cuales se les aplicó un programa de tratamiento diferente. Para el primero se utilizó un diseño A-B-A-B, en el que el periodo de línea base fue de quince días en sesiones de 20 minutos y la introducción del tratamiento, quince días al igual que A, pero en sesiones de 40 minutos; para el segundo se utilizó un programa de tratamiento alternativo con tres fases y dos condiciones de intervención (actividades recreativas exclusivamente y su combinación con reforzamiento).

No obstante que los resultados mostraron la importancia de utilizar las actividades recreativas independientes en el tratamiento de vocalizaciones estereotipadas, al registrarse un decremento significativo de éstas en ambos programas sin necesidad de incluir la segunda condición (reforzamiento con fichas), no se especifica por qué se utilizaron dos tipos de diseño, qué criterios fueron considerados para ubicar a cada uno de los pacientes, si tuvieron que ver los síntomas, conductas, tiempo de internamiento, entre otros, o si ésta se realizó al azar; por qué la diferencia de diez días en la línea base entre un diseño y otro, cual fue más efectivo y por qué.

Por otra parte, el instigar el uso de materiales recreativos es un reforzamiento social que pudiera incidir en los resultados; además, no se menciona si se llevó a cabo un registro de la conducta en diferentes situaciones y durante cuanto tiempo se mantiene en tasas bajas sin necesidad de instigación.

En el programa no se especifica la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, ni se informa a la familia del mismo y los beneficios que se obtuvieron con su aplicación

2) Análisis funcional de habla bizarra (Webb, Sharkey, Mattson, and Rosen, 1988).

El estudio tenía como propósito analizar las contingencias del medio que influyen en la presentación de verbalizaciones bizarras y la modificación de las mismas para decrementar la conducta inapropiada. Se define el habla bizarra como una alucinación (vocalización a un estímulo no observable), la cual puede ser controlada y modificada por las variaciones a las contingencias sociales. En la intervención conductual fueron considerados los siguientes pasos:

- a) ignorar las declaraciones delusionales
- b) dar reforzamiento diferencial a otras conductas,
- c) castigar las respuestas verbales bizarras, y
- d) la combinación de las anteriores

Las conductas fueron registradas por video en intervalos de diez minutos, obteniendo confiabilidad de respuestas bizarras, demanda de interacción y vocalizaciones apropiadas. El diseño utilizado fue A-B-A-B en cinco y quince sesiones de una hora aproximadamente.

Durante la línea base, se hizo un análisis de las conductas inadecuadas en escenarios naturales, y durante la intervención en la interacción persona a persona (experimentador y sujeto), y su interacción en grupo.

En la fase de intervención cuando el sujeto emitía las verbalizaciones apropiadas, el experimentador hacía lo mismo; por el contrario, cuando el sujeto expresaba conductas bizarras, el experimentador se le quedaba mirando y no repetía la conducta inadecuada. En su interacción en situaciones de grupo, se ignoraba la conducta inapropiada y se sacaba de la situación haciéndolo caminar rápidamente durante 20 segundos. La intervención fue generalizada a dos escenarios diferentes.

Antes de iniciar la intervención se registró en promedio una taza de seis respuestas inadecuadas en intervalos que variaban de 4 a 8 minutos, una vez que se introdujo la condición de tratamiento, al ignorar la conducta inadecuada en situaciones

de grupo, ésta decreció significativamente y por el contrario se incrementaron las conductas apropiadas; al concluir el programa, se realizó un seguimiento durante cinco meses aproximadamente, sin que se observaran incrementos significativos en este tipo de conductas, por lo que los investigadores concluyeron que las verbalizaciones bizarras son efectos de su demanda de atención, es decir, están en función de su reforzamiento.

Como puede observarse, la intervención conductual no sólo incide en el paciente, sino en los miembros del grupo con quien convive; sin embargo, no se menciona si se combinó el tratamiento con el uso de neurolépticos, los beneficios alcanzados en la casa grupal y en la clínica de tratamiento, ni los problemas que podría representar a la comunidad, si este tipo de conductas no se modifican.

3) Reducción de Conductas Alucinatorias en Pacientes Esquizofrénicos (Belcher, T., 1988).

La investigación tenía como propósito demostrar la interrelación de las conductas alucinatorias con las contingencias del medio. Participaron pacientes diagnosticados con esquizofrenia, hospitalizados durante varios años y que transferían las conductas alucinatorias a conductas severas inapropiadas, como orinarse en la cama, manipulación de heces fecales y agresión física o verbal.

En un diseño de Línea Base, Intervención (A-B), durante seis semanas consecutivas, con observación y registro de conductas las 24 hrs. del día, se implementó como técnica la introducción de consecuencias negativas (ejercicio físico pesado, como

caminar rápidamente 125 pies), el cual consistía en llevar a los sujetos a donde presentaban la conducta inapropiada, se hablaba con ellos al respecto y se introducía la consecuencia. Durante la fase de tratamiento, se incrementó la dosis de medicamento un 67%, la cual según las observaciones de los investigadores aparentemente no tuvo relación.

Los resultados mostraron que el ejercicio contingente a la conducta inadecuada, reduce significativamente las conductas alucinatorias presentadas durante varios años y que al ser un procedimiento sencillo puede participar el personal de enfermería

Con el análisis del estudio, se puede concluir que el uso de esta técnica tuvo impacto en los pacientes, al decrementar la conducta inapropiada; no obstante no se menciona si se llevó a cabo seguimiento, cuanto tiempo duró, si posteriormente se presentaron este tipo de conductas; no se describe si hubo adherencia al tratamiento, si participaron los familiares, ni los beneficios que obtuvo la institución con el decremento de este tipo de conductas.

Cabe señalar que aunque se menciona que el incremento de medicamento no influyó en la modificación de la conducta, esto no se puede comprobar, ya que no existe un grupo control y aunque esta modificación se introdujo desde la línea base, debe recordarse que algunos medicamentos, sobre todo neurolépticos, inciden en el organismo días o meses después de haber sido aplicados (Uriarte, 1989)

4) Reemplazo del Discurso Delirante por Respuestas Apropriadas en un Paciente Esquizofrénico (Foxy, Martin, McMorrow, Davis and Bittle, 1988).

El objetivo del tratamiento fue sustituir el lenguaje inapropiado, por respuestas sociales adecuadas, introduciendo estímulos verbales y enseñando al paciente a utilizar pistas o señales del medio ambiente para responder correctamente. La conducta inadecuada se definió como una verbalización que no se relacionaba a los estímulos o se relacionaba con estos, pero contextualmente era inapropiada; una respuesta correcta se calificaba cuando las verbalizaciones eran apropiadas aunque no fueran entrenadas.

Se utilizó un diseño de línea base múltiple de conductas a través de dos sets de estímulos, en el que las condiciones incluían retroalimentación y reforzamiento a respuestas correctas. Durante el tratamiento se utilizaron 20 pares de estímulos y respuestas desarrolladas en el Programa de Habilidades Sociales de Foxy y McMorrow, 1983; usando tarjetas, en donde se especificaban las respuestas.

Para obtener la confiabilidad se escogían al azar una de tres sesiones y se calificaban las respuestas durante el entrenamiento. Por lo menos 20% del entrenamiento de cada condición, obtuvo el porcentaje de confiabilidad requerido.

En el diseño se utilizaron las siguientes condiciones: pistas en primer orden, pistas encubiertas, pausa y punto, pistas sin cubrir, pausa y punto y sólo pausa. Cuando el sujeto respondía adecuadamente se le otorgaba reforzamiento social y cuando se equivocaba se le daba retroalimentación.

Cuando terminó la fase de tratamiento, se regresó a la línea base, en la cual no se presentaron las señales o pistas.

Durante la línea base, las respuestas delusionales alcanzaron un 30% a los estímulos presentados.

Cabe mencionar que con la introducción de las condiciones, pistas encubiertas, pausa y punto, se confundió al paciente y las respuestas delusionales incrementaron alrededor del 45%, mientras que las respuestas correctas decrecieron alrededor de 20%, por lo que se introdujo la condición de pistas descubiertas, pausa y punto, lo cual permitió alcanzar el 100% de respuestas correctas al final de la quinta fase.

Una vez alcanzados los objetivos, se inició el desvanecimiento de pistas implementadas en el tratamiento, observándose que las respuestas correctas en la condición de sólo pausa decrecieron en un promedio de 75%, pero las respuestas delusionales permanecieron en cero. Al regresar a la línea base, las respuestas correctas permanecieron estables (73% en promedio) y las respuestas delusionales en tasas bajas (0.6%)

Durante la fase de extinción del reforzamiento, las respuestas correctas permanecieron estables (80%) en el primero de dos entrenamientos, pero cayeron al 50% al final, no obstante sólo se presentó una respuesta delirante.

Se realizó un seguimiento a los quince meses, identificando en promedio un 80% y 70% de respuestas correctas mientras que las respuestas delusionales sólo se

IMPACTO DEL MODELO CONDUCTUAL

ANALISIS Y EVALUACION

presentaron ante ciertos estímulos (no se especifica cuales ni el porcentaje). Asimismo, se reporta la generalización a través de personas y lugares

En este estudio, a pesar de que se describieron cuidadosamente los procedimientos del entrenamiento, los autores no reportan cuanto tiempo duró cada etapa, por qué se establecieron diez fases, ni el tiempo de intervención; sin embargo, las metas se alcanzaron, lo cual sugirió a los investigadores que el proceso de entrenamiento reemplaza las respuestas delusionales por respuestas sociales apropiadas y por lo tanto permite concluir que la técnica utilizada fue efectiva, es decir, incidió en el paciente al incrementar su funcionamiento social.

No hay reportes sobre la familia del paciente. Al parecer vivía en una Unidad Residencial de Cuidado Comunitario, no se especifican gastos, ni los beneficios alcanzados con la implementación

5) Control de Delusiones Verbales (Lowe, and Chadwick, 1990).

Las descripciones verbales que la gente presenta para interactuar con las demás personas, están influenciadas por los roles de información; de ahí que las conductas delusionales pueden deberse a esta clase de roles. El objetivo de la investigación fue controlar y decrementar las conductas de pacientes esquizofrénicos, que habían presentado por más de dos años; a través de la aplicación de dos experimentos de caso único, con cinco fases de tratamiento: 1) entrevista preliminar, 2) línea base, 3) cambio de conductas verbales, 4) seguimiento y 5) independencia.

Durante la línea base se analizaron las creencias pasadas y presentes del individuo; en la fase de intervención se preguntó a los pacientes la posibilidad de suspender la convicción de sus creencias y la consideración de otras alternativas; posteriormente las creencias se cambiaron por medio de tres estrategias: 1) borrar la atención a la inconsistencia e irracionalidad de su sistema de creencias; 2) las creencias no se consideraban como aspectos de enfermedad y; 3) se les presentaban alternativas de interpretación. En el seguimiento se observó el mantenimiento del cambio de conducta al primero, tercero y sexto mes. Por último, durante la valoración independiente se entrevistó a los clientes para observar el decremento de sus creencias delusionales.

Los resultados mostraron que los sujetos decrementaron significativamente las delusiones verbales, ya que una vez terminado el tratamiento de 20 semanas las conductas decrementaron del 100% al cero %.

Como puede observarse, la intervención conductual durante la fase de tratamiento, incide significativamente en el paciente, logró eliminar las conductas verbales delusionales y sustituirlas por roles alternativos que les permitieron organizar su conducta, es decir hubo impacto en el paciente; sin embargo no se describe como incide el medicamento en la presencia de este tipo de conductas; si los pacientes vivían con sus familiares o en centros de atención grupal, por lo que se desconoce si estos les proporcionaron roles de información que reforzaran sus creencias.

*6) Control de Alucinaciones Auditivas a través de la Oclusión Monaural del Input Auditivo
(Birchwood, 1986)*

Esta investigación reporta un estudio de caso de un paciente esquizofrénico que presentaba alucinaciones auditivas, la cual tenía como propósito ocluir la estimulación auditiva para decrementarla. Los investigadores utilizaron una prueba de comprensión auditiva derivada de la teoría de Green, la cual consiste en presentar una serie de historias de duración y complejidad variable, narradas de forma monaural y binaural. La medida de comprensión fue el número de palabras correctamente repetidas.

El procedimiento consistió en proporcionar al sujeto un contador de mano que debía presionar a cualquier episodio descrito como actividad de voz; durante la línea base de veinte días, se obtuvo un promedio de 310 alucinaciones por día (equivalente a una alucinación por cada 3 minutos); al introducir un aparato de sonido en forma de esponja en el oído del hemisferio cerebral no dominante, sin darle ninguna explicación, las alucinaciones se redujeron un 46% durante la primera semana, ésta continuó durante doce días; posteriormente se le instruyó a decir "alto", y cualquier cosa, ante la presencia de una alucinación auditiva, observando una mejoría durante los siguientes 84 días. No obstante, cuando se le quitó el aparato, el paciente reportó la presencia de alucinaciones auditivas, por lo que no pudo comprobarse la efectividad del tratamiento.

En la investigación no se menciona si se le deja el aparato al paciente, si se lleva a cabo un seguimiento del mismo, por lo que no es posible hablar de impacto para el enfermo, ni para el medio en el que vive ya sea familiar o institucional y si el paciente requiere tratamiento farmacológico para el control de síntomas

Cabe mencionar que la implementación de esta técnica, al igual que los estudios desarrollados anteriormente, sugiere a los investigadores que las alucinaciones auditivas representan actividad verbal en el hemisferio cerebral no dominante y que el hemisferio dominante percibe esta actividad como extraña, debido a una disociación primaria en el funcionamiento de los hemisferios cerebrales en la esquizofrenia.

A partir del análisis de los programas anteriores se puede concluir, que la implementación de técnicas y procedimientos del análisis conductual aplicado son efectivas para el tratamiento y modificación de las conductas delusionales o bizarras verbales o auditivas que presentan este tipo de pacientes; sin embargo para mantener los cambios y no se presente un alto porcentaje de recaídas es necesario, como en los estudios de Webb y col. (1991) y Belcher (1991), conocer las contingencias del medio y su relación con la presencia-ausencia de este tipo de conductas.

Asimismo, se requiere conocer el grado de ingerencia de neurolépticos, ya que éstos a su vez actúan en los síntomas psicóticos (conductas delusionales), por lo que este tipo de programas deben incorporar grupos control en los que se aplique el tratamiento psicofarmacológico exclusivamente a fin de comprobar su efectividad e impacto real.

Cabe mencionar que durante los primeros años de intervención conductual se incidía sobre la modificación y decremento de este tipo de conductas sin observar los estímulos que pudieran provocarlas. Actualmente en los programas de tratamiento se analizan además las contingencias y roles de información que intervienen para determinar su posible modificación y control.

7) El uso de movimientos de restricción breve para eliminar conductas severas inapropiadas en pacientes esquizofrénicos (Williams and Cummings, 1991)

El programa de tratamiento tenía como propósito eliminar las conductas inapropiadas introduciendo como técnicas, movimientos de restricción breve y reforzamiento diferencial de otras conductas.

Se trabajó con un paciente diagnosticado con esquizofrenia, el cual presentaba conductas verbales bizarras, conductas estereotipadas y agresividad; para el tratamiento se utilizó un diseño de línea base múltiple de conductas, en sesiones diarias de 15 minutos. Durante la intervención si el sujeto presentaba la conducta inadecuada, se aplicaba la técnica de restricción, la cual consistía en eliminar el uso de la televisión y realizar ejercicios pesados; primero se intervinieron las conductas verbales inadecuadas, una vez que éstas se decrementaron, se trabajó con las conductas estereotipadas para finalizar con las conductas de agresividad.

Los resultados mostraron que la introducción de movimientos de restricción breve como técnica de tratamiento, es efectiva para decrementar conductas severas inapropiadas, ya que de un registro de 11.32 conductas estereotipadas y 12.9 conductas de agresividad registradas durante el día en intervalos de 15 minutos, éstas decrementaron a .05 por semana.

Se puede concluir que la intervención tuvo impacto positivo en el paciente y en las personas que lo rodeaban al decrementar las conductas inadecuadas, no obstante, no se menciona si la intervención se generalizó en diferentes escenarios, si se realizó

seguimiento, si se combinó el tratamiento con otros, como por ejemplo el farmacológico, si hubo adherencia al tratamiento, ni los beneficios que se obtuvieron.

Por otra parte, se observó el impacto que tiene ésta técnica sobre otras técnicas de restricción como el tiempo fuera o el castigo, al no requerir escenarios adecuados ni entrenamiento intensivo para su aplicación.

B) Síntomas Negativos en Pacientes diagnosticados con Esquizofrenia crónica (Ring, Tantam, Montague and Morris, 1991).

El objetivo del estudio, fue analizar si los síntomas negativos persisten durante el desarrollo de la enfermedad; estos se registraron durante varios años con la aplicación de diferentes escalas: la Encuesta SANS, en la que los síntomas se clasifican en cuatro aspectos globales: afectividad, violación, ventaja social, y atención imparcial; la Escala NSRS, en la que se analizan los procesos de pensamiento, verbalizaciones, capacidad de juicio para la toma de decisiones, atención, memoria y motivación.

Para el estudio se seleccionaron cuarenta pacientes con esquizofrenia, excluyendo aquellos que tenían más de dos años con la enfermedad y los que presentaban un diagnóstico cuestionable.

Algunos de los que presentaban conductas de agresividad fueron tratados farmacológicamente, el estado mental se valoró utilizando la Escala Kraviecka, Golder, Vaughn, en un diseño pre-test post-test.

Los resultados mostraron que no existe una correlación significativa entre la duración de la enfermedad y el número de episodios sufridos, sin embargo, no se menciona si se aplicó algún tipo de tratamiento, además del farmacológico para las conductas de agresividad y si estos influyeron en la presencia o ausencia de los síntomas

Programas de tratamiento aplicados a pacientes esquizofrénicos que perjudican su salud, con la presencia de síntomas o conductas inadecuadas.

9) Manejo de Pacientes Esquizofrénicos con Problemas crónicos en la piel, que no siguen instrucciones para su tratamiento (Katzenberg and Hollander, 1989).

La meta del estudio era eliminar la conducta de rascado e implementar la cooperación con el tratamiento médico de una paciente esquizofrénica con problemas en la piel.

El procedimiento constó de cuatro fases en sesiones semanales de media hora: modificación directa de hábitos; entrenamiento para ser complaciente con el tratamiento médico, control de ansiedad, monitoreo y evaluación.

Para implementarlo se formuló con la paciente un contrato conductual, reforzando la conducta adaptativa de la paciente y la modificación directa de hábito, el cual no dió el resultado esperado, por lo que se sustituyó por la sensibilización encubierta. Con la implementación de estas técnicas se observó que el porcentaje de la conducta de rascarse disminuyó de un 100% registrado en la línea base, a 5% en cinco sesiones de tratamiento.

Posteriormente se negociaron cambios en el contrato para que la paciente siguiera el consejo médico, por lo que se requirió el apoyo de las personas cercanas a ella. En la tercera fase, se introdujo la técnica de relajación y desensibilización sistemática para decrementar la ansiedad.

Para asegurar la generalización de los resultados, se entrevistó cada seis meses en sesiones de 30 minutos durante dos años, y una vez al tercer año para su evaluación.

Algunos autores han establecido que el proceso de enfermedad de la piel tiene un componente emocional, por lo que intervenir en los comportamientos puede ayudar en el tratamiento médico. Durante el tiempo de intervención hubo colaboración entre los investigadores y el dermatólogo, alcanzando los objetivos del estudio; no obstante, no se reporta si la paciente tenía tratamiento médico general y psicofarmacológico.

Puede concluirse que la implementación de esta técnica tuvo impacto en la paciente, al decrementar la conducta de rascado y mejorar el estado general de la piel.

10) Tratamiento Conductual de una Paciente Esquizofrénica con Polidipsia (Bowen, Glynn, Barringer, Marshall, Kurth and Hayden, 1990)

Este estudio tenía como propósito reducir la toma de líquidos de una paciente diagnosticada con esquizofrenia crónica de tipo paranoide, con múltiples ataques de polidipsia e intoxicación por líquidos.

El tratamiento activo incluía restricción de fluidos, registro diario de peso, reforzamiento diferencial de otras conductas, tiempo fuera por violación al programa, y señales para alentar el comportamiento adecuado, ligado a una liberación progresiva en las restricciones de acceso a líquidos.

Durante la línea base, no hubo restricción de líquidos, registrando un alza de peso de 9 a 13 lbs. en un periodo de 12 hrs. Se utilizó como técnica de reforzamiento la economía de fichas, por el desarrollo de actividades adecuadas en su vida diaria y el costo de respuesta por la presentación de conducta inadecuada.

Los resultados mostraron el éxito al observarse un control en las fluctuaciones de peso, ligadas al exceso de consumo de fluidos permitiendo a la paciente integrarse a la comunidad y disminuir los ataques de polidipsia.

En el seguimiento a 18 meses, no se registraron conductas recurrentes sobre el problema de polidipsia y hubo generalización a otros escenarios. Este tratamiento se complementó con el uso de medicamentos antipsicóticos.

Las principales limitaciones fueron por consideraciones éticas, al no poder establecer otro tipo de diseño y la apatía de la paciente ante todo tipo de estímulos, sin embargo, se puede concluir que hubo impacto en la paciente al decrementar la conducta inadecuada.

11) El Token Economy en la Rehabilitación: Comportamiento y Apreciaciones de Pacientes Esquizofrénicos y Alcohólicos (González y Col., 1988).

En un estudio que se llevó a cabo en un Hospital Psiquiátrico de la Habana, los autores utilizaron una variante del Sistema de Economía de Fichas, para valorar el nivel de conocimiento sobre la estructura, escala de valores y reforzamiento establecidos, así como hacer una comparación entre los pacientes esquizofrénicos y alcohólicos de los méritos acumulados, la inclusión semanal entre los pacientes que destacaran y su elección para ocupar cargos de responsabilidad en el medio comunitario; y por último, explorar en las alumnas de Terapia Ocupacional, juicios de valor sobre la utilidad del sistema.

Para lograr el objetivo, se seleccionaron 25 pacientes esquizofrénicos y 25 alcohólicos del sexo masculino, entre los 18 y 60 años que hubieran cursado por lo menos sexto grado, que hablaran castellano, que tuvieran más de tres semanas de hospitalización y que no tuvieran afecciones asociadas.

En los pacientes esquizofrénicos, se consideró necesario el criterio de cronicidad establecido en esa institución y para los alcohólicos, el diagnóstico de dependencia alcohólica, según el Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades, IX Revisión.

Los autores controlaron la participación semanal de los pacientes en las diferentes comisiones y otros cargos de responsabilidad, así como la selección de los pacientes que destacaban en el trabajo, relaciones interpersonales y preocupación por la comunidad terapéutica.

IMPACTO DEL MODELO CONDUCTUAL

ANALISIS Y EVALUACION

Durante la intervención se aplicó una entrevista estructurada, que tenía como propósito, identificar el grado de conocimiento sobre el Sistema de Economía de Fichas, la utilidad del método y diferencias de opinión entre alcohólicos, esquizofrénicos y alumnas.

Los resultados obtenidos con dicha aplicación, mostraron que los aspectos más relevantes para los sujetos que participaron fueron mejorar la conducta, las relaciones interpersonales y el apoyo a la recuperación de los enfermos.

Los objetivos propuestos en la investigación, al parecer se cumplieron, sin embargo, no se reporta la utilidad de la información obtenida ni el por qué del seguimiento de cuatro semanas dentro de la Comunidad terapéutica, si es para observar el incremento de conductas adecuadas o tiene que ver con la aplicación de la encuesta estructurada. Se infiere que son pacientes internos, con grado de cronicidad, pero se desconocen las metas; si es para darlos de alta o para que desarrollen actividades adecuadas dentro del hospital.

Por la aplicación del estudio, se puede concluir que hubo impacto sobre el nivel de conocimiento que tenían los pacientes y las alumnas sobre el Sistema de Economía de Fichas que se aplicaba en el hospital; no obstante se desconoce si la aplicación del mismo incidía en la modificación de conductas y actitudes de los pacientes.

Como puede observarse sólo se analiza un programa de tratamiento que utiliza como técnica el Sistema de Economía de Fichas, éste se realiza en un Hospital Psiquiátrico en donde puede existir mayor control de variables para su implementación.

Ya que actualmente con el avance que existe en el tratamiento de los pacientes, gran parte de los trabajos, se llevan a cabo en clínicas de tratamiento conductual y centros de asistencia como casas grupales o centros de día, los cuales tienen como objetivo, observar y rehabilitar al paciente en su comunidad y la aplicación o implementación de ésta técnica, no es del todo efectiva por las variables extrañas que no es posible controlar en el medio.

Programas de tratamiento que utilizan la técnica de desensibilización sistemática y relajación para el tratamiento de pacientes esquizofrénicos.

12) Técnicas para enseñar a manejar estrés a pacientes esquizofrénicos (Stein and Nikolic, 1988).

Existe evidencia de que el estrés puede ser un factor disparador de la ansiedad, que conduzca a las recaídas y la rehospitalización de pacientes esquizofrénicos, ésta se puede reducir a través del entrenamiento en el manejo de estrés.

En este estudio, se trabajó con un paciente que vivía en una casa grupal, para enseñarle a manejar su estrés. Los instrumentos de medición que se utilizaron fueron, una escala de ansiedad (State Trait- Anxiety Inventory STAI) de Spierberg 1983, para medir ansiedad; el Cuestionario de Manejo de Estrés (SMQ), desarrollado por Stein en 1987, para medir cualitativamente la habilidad que presenta el paciente para enfrentar el estrés.

El programa constó de seis sesiones de una hora a la semana; uno de los investigadores conducía la terapia y el otro observaba la sesión; en cada una se enfocó el manejo de técnicas para controlar el estrés, y que a su vez pudieran generalizar en la vida diaria. La escala de ansiedad, se administró de la segunda a la sexta sesión; la séptima a manera de sesión de seguimiento se realizó dos semanas después de que concluyó el programa de tratamiento.

Se instruyó al paciente en la respuesta de relajación de Benson, utilizando como apoyo la retroalimentación mediante el uso de un monitor que registraba el ritmo cardiaco; posteriormente se introdujo el método de relajación progresiva de Jacobson y el uso de imaginación.

Los roles eran invertidos para ayudar al paciente a desarrollar insight cuando sintiera estrés o situaciones que lo produjeran.

Se utilizó un diseño pre-test post-test para medir la ansiedad, observándose que después del tratamiento el paciente la había reducido significativamente, por lo que puede deducirse que tuvo impacto positivo en el mismo, ya que a dos años de seguimiento, no había sufrido recaídas y se mantenía en la comunidad; sin embargo se desconoce el uso de otros tratamientos que pudieran haber incidido en el manejo de la ansiedad, como por ejemplo el uso de neurolépticos

Modelos de tratamiento conductual enfocados al análisis de comportamiento con familias de pacientes esquizofrénicos.

Actualmente las investigaciones no se enfocan exclusivamente a la modificación e implementación de conductas adecuadas e inadecuadas en este tipo de pacientes, sino que ahora se trabaja con sus familias a fin de prevenir las recaídas cuando son dados de alta.

13) Análisis del Proceso en Terapia Familiar Conductual (Hahlweg et al., 1990).

El estudio se enfocó a la evaluación y análisis de los terapeutas, durante la aplicación y desarrollo de la terapia familiar conductual identificando en primer término, la relación que existe entre el terapeuta y los resultados y posteriormente a los terapeutas incompetentes en el manejo de las técnicas.

Para evaluar el contenido de cada sesión entre el terapeuta y los miembros de la familia, se utilizaron autoreportes en las escalas desarrolladas en el Max-Planck Institute of Psychiatry y para describir su contenido, un sistema de código. Con respecto al terapeuta se utilizaron dos escalas de clasificación para su evaluación: 1) capacidad total del terapeuta para establecer alianza terapéutica (ser empático, congruente, apoyar y balancear a los miembros de la familia); 2) estructuración de la sesión (consideración de metas, asignación de lugares y manejo de interacción). El objetivo de las sesiones en terapia familiar conductual, era prevenir las recaídas a través de la orientación y apoyo familiar y la combinación con dosis estándar de medicamento.

Puede concluirse que se evaluó la participación del terapeuta en las sesiones, observando que estos fueron hábiles para implementar la terapia, así como su planeación e incorporación de los familiares a la misma; no obstante no hay reportes sobre el porcentaje de recaídas de los pacientes ni de la modificación de la forma de interactuar de los miembros de la familia con éstos, a pesar de que se reportan resultados positivos por lo que no puede identificarse el impacto del estudio.

14) Manejo Comunitario de Esquizofrenia: Un Experimento Controlado de Intervención con Familias hacia la reducción de las Recaídas (Tarrier et al., 1988).

El modelo de tratamiento tenía como propósito el manejo y control de los aspectos comunitarios, para reducir el porcentaje de recaídas en pacientes esquizofrénicos (que tuvieran entre 16 y 60 años de edad y que vivieran con sus familias), considerando la incorporación de estímulos estresantes y la vulnerabilidad inherente a estos.

En este estudio se involucra a 73 pacientes y sus familias, ubicándolos al azar en cuatro grupos de tratamiento; intervención conductual en activo, intervención conductual simbólica, programa corto de educación y tratamiento de rutina; a excepción de los pacientes que registraron baja emoción expresada, los cuales fueron incorporados al grupo de educación y tratamiento de rutina.

En cada grupo de tratamiento se valoraron :

Los rangos de recaída entre los parientes de baja emoción expresada y alta emoción expresada (EE).

Los resultados alcanzados analizando la eficacia de la intervención conductual y el programa corto de educación con el tratamiento psicofarmacológico.

Cambios en la EE y las dimensiones sobresalientes constituyentes de EE en relación a cada tratamiento y sus resultados.

Los familiares se calificaron en alta y baja emoción expresada a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada, que consta de 5 escalas: a) comentarios críticos; b) hostilidad; c) sobreprotección emocional; d) cordialidad y; e) comentarios positivos. Además se evaluó el nivel de estrés usando el Cuestionario General de Enfermedades, la Escala de Síntomas y la percepción del problema conductual del paciente con un Cuestionario Familiar. Una vez obtenido el nivel de EE se ubicó a los familiares de los pacientes en cada grupo de tratamiento.

Los resultados mostraron que la intervención conductual Simbólica y en Activo, redujeron significativamente los rangos de recaída en los pacientes con parientes de alta EE; no obstante el programa corto de Educación no tuvo efectos en las recaídas. Cabe mencionar que no hubo diferencias significativas entre los grupos de tratamiento, con respecto a la medicación y el contacto con los servicios psiquiátricos.

Para analizar el papel de las recaídas se establecieron asociaciones entre el estado de EE de los parientes y la recaída de los pacientes y el análisis de los rangos de recaída en cualquier grupo de tratamiento.

Este experimento consideró varios aspectos importantes para apoyar a los pacientes esquizofrénicos en la vida diaria, como son el manejo del estrés, la

intervención con las familias, análisis de las áreas problemáticas y la planeación de metas para promover cambios; por lo que los objetivos de la investigación fueron alcanzados y por ende produjo impacto en los pacientes, su familia y las instituciones de Salud Mental en que eran atendidos.

Una de las condiciones de este estudio, fue que los pacientes estuvieran viviendo con sus parientes antes de la admisión, por lo que no se tomó en cuenta a aquellos pacientes que no viven con sus familias y que pudieron requerir intervención conductual para manejar el estrés aspecto que debe ser investigado. En la investigación se infiere que los pacientes con familiares de baja EE no requieren tratamiento conductual; sin embargo el porcentaje de recaídas en este grupo podría disminuir si se involucraran activamente.

Por otra parte, la única medida de efectividad del tratamiento fue el porcentaje de recaídas y por ende se centró en los síntomas positivos sin considerar a los pacientes con síntomas negativos, aunque éste no era el objetivo de la investigación.

15) Manejo comunitario de esquizofrenia a dos años de seguimiento: Una intervención Conductual con Familias. (Tarrier et al., 1989).

La investigación reporta los datos registrados en el seguimiento a dos años a pacientes esquizofrénicos y sus familiares que participaron en el estudio anterior, con el propósito de analizar los rangos de recaídas y las readmisiones; éste se realizó a través del análisis de los experimentos clínicos.

Los resultados mostraron que el rango de recaídas del grupo de intervención conductual familiar fue de 33% lo mismo que para los de baja EE, no obstante los que recibieron tratamiento psicofarmacológico exclusivamente obtuvieron rangos de recaída del 59%. Puede concluirse que el impacto en pacientes, familia e instituciones de salud mental se mantuvo a largo plazo.

16) Algunos aspectos de Intervención Conductual Familiar en Esquizofrenia: Consideraciones Financieras (Tarnier, Lowson and Barrowclough, 1991).

En el estudio se analiza el efecto que tiene el costo de los servicios de salud mental en los familiares de pacientes esquizofrénicos que participaron en los programas de tratamiento anteriores.

Como se mencionó se trabajó con 73 pacientes y sus familiares divididos en cuatro grupos, en los dos primeros, los pacientes recibieron un programa de tratamiento conductual durante 9 meses, el tercero fungió como grupo control aplicándose el tratamiento farmacológico de rutina, y el cuarto grupo contó con un programa corto de educación.

Para el análisis fueron grabados y calculados los costos de todos los contactos que se establecieron con los servicios de salud, incluyendo el número de días-paciente, atención psiquiátrica, enfermeras, y trabajadoras sociales. El costo en la admisión hospitalaria se obtuvo multiplicando el número total de días estancia por paciente, por el costo del paciente por día, lo mismo se realizó para obtener el costo de cada paciente al incluirlo en un programa de tratamiento.

Los investigadores, observaron que las diferencias entre el grupo control y los grupos experimentales en términos de costo durante los nueve meses de intervención fueron mínimas; no obstante el costo por la participación del psicólogo en los grupos de tratamiento conductual se justifica por el decremento significativo en el uso de los servicios de salud mental y el porcentaje de recaídas a dos años de seguimiento.

Se puede concluir que la introducción de programas de tratamiento conductual no sólo incide en los pacientes sino en el cambio de actitud de los familiares, al disminuir el nivel de EE y obtener beneficios económicos considerables, por el decremento en el uso de los servicios de salud mental; no obstante no se describen los beneficios alcanzados en las insituciones con la aplicación de este programa.

Como puede observarse Tarrier y col., son los investigadores que han realizado los estudios más amplios sobre el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos y la comparación de diversos programas de tratamiento (intervención conductual, tratamiento psiquiátrico tradicional y programas cortos de educación). Al involucrar 73 pacientes y sus familias en una investigación de varios años, analizan en primer término, la aplicación y efectividad del tratamiento conductual, considerando todas las variables que pudieran intervenir. En el seguimiento a dos años, analizan el porcentaje de recaídas y los factores que la producen como la Emoción Expresada y la vulnerabilidad al estrés y por último, indagan como interfiere el factor económico en la aplicación y desarrollo de los diversos procedimientos.

Con la implementación de este tipo de estudios, es posible indentificar el impacto real de los tratamientos de rehabilitación conductual, ya que consideran todas las

variables y actores sociales que intervienen. No obstante como se mencionó anteriormente en las investigaciones no se incluye a los pacientes esquizofrénicos que no viven con sus familias, ni los que presentan síntomas negativos, aspectos que pudieran considerarse en otras investigaciones.

En general los programas y modelos impactan en los pacientes, al modificar conductas inadecuadas e implementar conductas adecuadas, así como la incorporación y observación de los mismos a la comunidad; no obstante, son pocos los trabajos que se desarrollan a largo plazo, con el propósito de prevenir las recaídas, no sólo registrando el efecto del medicamento y su aplicación intermitente, sino analizando y modificando las contingencias del medio, tanto en la familia como en la sociedad, a fin de reducir los niveles de estrés o ansiedad, que pudieran provocar las recaídas.

Algunos Programas de tratamiento aplicados en México

17) Programa de Socialización Intensiva, el Moldeamiento de Respuestas Sociales en Pacientes Esquizofrénicos Institucionalizados (Domínguez 1982).

El estudio tenía como objetivo desarrollar experimentalmente conductas sociales en tres pacientes esquizofrénicos crónicos aislados. Las respuestas sociales seleccionadas fueron: los saludos, definidos como aquella ocasión en que el sujeto permanecía a menos de tres metros de distancia de otra persona y la saludaba; interacción cuando el sujeto permanecía a menos de tres metros de otra persona, hacía preguntas, invitaciones y contestaba; y la conducta de aislamiento, cuando el sujeto no se acercaba a otras personas ni saludaba.

Se manejaron dos diferentes clases de consecuencias para la presentación de conductas adecuadas, como el reforzamiento a través de cigarrillos y reforzamiento social. Se utilizó un diseño de tratamiento que constaba de cinco fases: preparación intensiva I, II, y III; desvanecimiento I y II. Los resultados mostraron que la conducta de aislamiento se decrementó de un 85% a 0% durante la fase de desvanecimiento I, mientras que las conductas de interacción y salud se incrementaron del 20% al 51.5% en la misma fase.

Como puede observarse, los pacientes aislados incrementaron la conducta de socialización con la implementación de este programa de tratamiento, es decir tuvo impacto en el paciente; sin embargo no se menciona si hubo generalización, cuanto tiempo duró ésta si se utilizaron otro tipo de tratamientos, si el cigarrillo fue el único reforzador, si la retroalimentación y plática no pudiera ser consideradas como reforzador social, si se informó a las familias sobre el tratamiento y que consecuencias tuvo la aplicación de este programa, por lo que no es posible identificar si el tratamiento aplicado fue efectivo o no.

18) Modelo de tratamiento para pacientes Mentales Crónicos Hospitalizados: Programa de Aprendizaje Social (Caballero, Cervantes y Rodríguez 1981; Ayala y Col 1983, Quiroga y Col 1986).

Este estudio desarrolló e implementó un modelo de tratamiento que tenía como propósito dotar a los pacientes de las habilidades funcionales necesarias para su reintegración a la comunidad. Participaron 35 pacientes con edad promedio de 40 años y un periodo de hospitalización de diez.

El modelo se dividió en dos fases, la primera semejante al ambiente prevaleciente en este tipo de instituciones (Pabellón), y la segunda proporcionaba un ambiente similar al de la familia y la comunidad. Las áreas de entrenamiento en la fase pabellón fueron: autocuidado, aseo, académicas, vocacionales y de apoyo; éstas se consideraron independientemente para su aplicación y el registro de resultados.

Los diseños utilizados en el modelo de tratamiento fueron el pretest- postest, propuesto por Azrin en 1973, el cual consistía en obtener una sola medida de la conducta antes de recibir entrenamiento y otra después de concluido el mismo; y los diseños de línea base-intervención (A-B), línea base múltiple, línea base-intervención-mantenimiento, línea base-intervención-generalización.

Autocuidado.- Su objetivo fue establecer, refinar y mantener las conductas y habilidades necesarias para una apariencia personal adecuada (bañarse, peinarse, cambiarse de ropa, rasurarse etc.). En la primera fase se asignaban horarios para cada sujeto a fin de facilitar la ejecución de las conductas, en donde un experimentador tenía que supervisar, registrar y dar instrucciones a cada uno de los pacientes. En la segunda fase se desvaneció la supervisión del experimentador, asignando un horario en el cual el sujeto debería realizar las conductas. Los resultados mostraron un incremento significativo de conductas adecuadas, ya que durante el pretest se obtuvo un 48% de respuestas correctas, mientras que en postest estas fueron de 98%.

Aseo.- El objetivo era establecer, mantener y refinar las habilidades de aseo de los espacios físicos en forma rutinaria (barrer, trapear, sacudir etc). Durante la primera fase del programa, un experimentador supervizaba directamente a los pacientes,

utilizando como técnicas la instigación física y verbal y modelamiento de la conducta. En la segunda fase del programa se desvaneció la supervisión y se trabajó directamente con criterios de calidad para mejorar la ejecución de la tarea. Los resultados mostraron que durante la primera fase del programa el desarrollo de estas conductas se incrementó un 70% mientras que en la segunda alcanzaron un 95% bajo supervisión exclusivamente.

Habilidades vocacionales.- Tenía como propósito establecer y mantener habilidades prevocacionales y vocacionales a fin de que los pacientes fueran productivos y autosuficientes en una situación laboral. Las conductas consideradas en esta área fueron sociales (seguir instrucciones, saludar y despedirse); de trabajo (asistencia, puntualidad, constancia, calidad y cantidad). Los resultados mostraron que de un 47% de ejecución se alcanzó un 75.1% en la fase pabellón y un 95% en la segunda fase.

Actividades Académicas.- EL objetivo fue implementar éstas habilidades con el propósito de decrementar déficits conductuales que caracterizan a los pacientes crónicos institucionalizados; éstas se implementaron en tres niveles: habilidades precurrentes; habilidades académicas y habilidades funcionales. Los resultados mostraron un incremento del 45% en el nivel de ejecución, ya que del 50% obtenido en la línea base se alcanzó un 95% después del entrenamiento.

Programas de Apoyo.- Tenía como propósito establecer y mantener conductas sociales apropiadas y decrementar o eliminar todas las conductas socialmente inadecuadas. En la primera fase del programa se implementaron habilidades adecuadas como seguir instrucciones, saludar, despedirse, utilizando como técnica el modela-

miento, la práctica positiva, el reforzamiento social y la instigación física o verbal y se eliminaron conductas de robo y acumulación de prendas; en la segunda fase, se mantuvieron las habilidades implementadas en la primera fase y se decrementó la conducta deambulatoria. Los resultados mostraron que en las conductas de saludar, despedirse y seguir instrucciones, los pacientes alcanzaron un 95% de respuestas correctas; mientras que la conducta de objetos robados, acumulación de prendas y conducta deambulatoria se redujeron hasta cero observándose esto en la fase de generalización.

El desarrollo de las áreas de tratamiento estuvo apoyado por un sistema motivacional en donde el sujeto podía ganar o perder puntos de acuerdo a las conductas que presentaban en el escenario de tratamiento; éste se dividió en cuatro fases; intercambio por horas, sistema diario demorado, sistema semanal I y sistema semanal II.

Con el objeto de evaluar los alcances del modelo, se llevó a cabo un estudio de evaluación externa utilizando como instrumento de observación el BOI, desarrollado por Alevizos en 1978, utilizando un grupo control de ocho sujetos. Los resultados mostraron que el modelo de reeducación incrementó significativamente las conductas de participación y trabajo.

Como puede observarse la implementación del modelo de reeducación, produjo impacto en los pacientes al modificar sus conductas, e incrementar las habilidades sociales requeridas para su reincorporación a la comunidad. Actualmente se tiene conocimiento de que dos de los pacientes dados de alta durante los primeros años, no han sufrido recaídas; no obstante no se menciona si los pacientes recibían otro tipo de

tratamiento como el uso de neurolépticos, la participación de la familia, el cambio producido en la institución. Asimismo no se describe cuanto tiempo duró la generalización y mantenimiento de las conductas, el número de pacientes que fueron dados de alta en la segunda fase de tratamiento, si se llevó seguimiento dentro de la comunidad y si estos presentaron recaídas.

Es importante mencionar que este programa de Tratamiento se implementó desde 1980, hasta 1987 en una Institución Psiquiátrica en México, y que hasta la fecha como se menciona en el capítulo anterior se continúan implementando actividades de autocuidado y actividades vocacionales, aunque no se registre avance y modificación de conductas; asimismo, se continúa con las dos fases de tratamiento en las que participan todos los pacientes del hospital, incorporando a las villas aquellos que tienen posibilidades de ser dados de alta. Por lo que puede concluirse que tuvo impacto en la institución y en la comunidad a largo plazo.

19) Procedimientos para decrementar conducta verbal delusional en pacientes mentales crónicos hospitalizados (Pérez J., Calixto J., Hernández T. (1985).

EL estudio tenía como propósito decrementar el habla delusional; la cual se definió como la conducta que hace referencia a eventos inexistentes, la repetición de una idea sin que corresponda al estímulo presentado.

Para la implementación del programa de tratamiento se seleccionaron al azar seis de 18 pacientes que presentaban conducta delusional, utilizando como técnicas; la retroalimentación negativa, sobrecorrección, tiempo fuera parcial, reforzamiento social

y reforzamiento con fichas; en un diseño de línea base múltiple de sujetos. La ocurrencia o no ocurrencia de la conducta se registró en intervalos de 15 segundos, asimismo se generalizó ésta en personas y escenarios.

Se realizaron tres sesiones diarias de tres minutos durante los cinco días de la semana (9:00, 13:00, y 16:30), en donde cada paciente seleccionaba el tema a tratar durante los tres minutos asignados a la sesión. Para la incorporación de los sujetos a la fase de tratamiento, se consideró el porcentaje promedio más elevado de conducta inadecuada, una vez que se decrementaba a 25% o menos en tres sesiones consecutivas se introdujo a tratamiento al siguiente sujeto.

Durante la fase de tratamiento se otorgaban fichas a cada paciente si estos no se salían del tema de conversación, las cuales podían intercambiar al finalizar la sesión, además del reforzamiento social durante la conversación, si se salía del tema, se le indicaba que tenía que ponerse de pie, levantar las manos atrás de la cabeza, presionar los labios y dar la espalda al experimentador hasta que se le indicara.

La generalización para sujetos se realizó en el mismo escenario y hora, sustituyendo al coordinador de la sesión por otro psicólogo ajeno al estudio durante 10 sesiones consecutivas. Para escenarios se consideró el área de comedor, áreas recreativas, vocacionales y académicas.

Los resultados mostraron que, para el primer sujeto la conducta delusional se decrementó del 91.6% al 11.8% en 47 sesiones; el sujeto 2 del 80.8% al 12.4% en 35 sesiones; el sujeto tres de 68.9% al 5.8% en 28 sesiones; el cuarto del 63.1% al 3% en

21 sesiones el sujeto 5 del 66.8% al 1.6% en 15 sesiones y el 6 del 60% al 5.4% en 12 sesiones. Mientras que el porcentaje promedio de conductas adecuadas se incrementó del 28.7% al 93% durante el tratamiento por lo que se concluye que la aplicación de técnicas fue efectiva.

Con el análisis del estudio se concluye que las técnicas de tratamiento utilizadas se aplicaron adecuadamente; sin embargo al analizar el porcentaje más alto de conductas delusionales presentado a partir del sujeto dos en las fases de línea base se observa que éste decrementa significativamente en comparación con el sujeto anterior antes de que se introduzca a la fase de tratamiento, y no se registra si éste se presentó igual durante las primeras sesiones, se puede inferir que no existió un control adecuado de las variables extrañas, las cuales a su vez incidieron significativamente en el número de sesiones de tratamiento; por lo que el impacto observado en los pacientes al modificar la conducta inadecuada no es del todo confiable.

Por otra parte, no se menciona si se realizó un seguimiento de cada paciente, durante cuanto tiempo, y si el cambio de conductas coadyuvó a que los pacientes fueran dados de alta en menor tiempo, si se utilizaron neurolépticos u otro tipo de tratamiento; el por qué un diseño de línea base múltiple y no de conductas, los beneficios alcanzados por la institución, las limitaciones y alcances de este tipo de tratamiento en la modificación de conductas bizarras.

20) Modelo de tratamiento Terapia Milieu (Quiroga y col. 1986).

Este modelo tenía como objetivo la reeducación del paciente mental crónico, proporcionándole las destrezas de adaptación requeridas para su incorporación a un medio social normal, principalmente conductas de resocialización y control de conductas bizarras. Se utilizaron como procedimientos principales: 1) la comunicación de expectativas, 2) participación de los pacientes en actividades objetivo, 3) retroalimentación positiva o negativa continua, y 4) presión social.

El modelo se organizó como una "comunidad en miniatura", (fundamentado en los aspectos generales de la comunidad terapéutica), en donde los pacientes eran considerados como codirectores de sus actos, regidos por reglas de convivencia que tenían como objetivo implementar responsabilidad en los pacientes en el desarrollo y aprendizaje de actividades y conductas que los habilitara como personas funcionales y autosuficientes para su incorporación a la comunidad.

Para alcanzar el objetivo se implementaron cuatro áreas de tratamiento; a) resocialización, b) instrumentación, c) control de conducta bizarra, d) reintegración. El programa se aplicó en un área de pabellón, aula de usos múltiples y la residencia del director, en el que se atendieron en promedio a 20 pacientes quienes fueron evaluados conductualmente antes de su incorporación.

Los resultados mostraron que los pacientes incrementaron su participación, una vez que se realizó una reprogramación de ambiente hospitalario, de un 20% a un 85%, por otra parte, con respecto al desarrollo de actividades de autocuidado e interacción

social de 37% registrado al ingreso, durante el tratamiento se alcanzó un 80%, mientras que en actividades prevocacionales y de aseo de vivienda, se incrementó su desarrollo un 31%, ya que de 60% alcanzado al ingreso, se obtuvo un 91% de ejecución durante el tratamiento.

A la fecha del reporte el 30% de los pacientes se encontraba en el primer nivel del programa, el 25% en el segundo, y 25% en el tercero, y el 20% habían sido dados de alta de hospitalización.

La aplicación de la Terapia Milieu y el análisis de los resultados muestran evidencia de que este tipo de modelos son efectivos para el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos, es decir, producen impacto en los pacientes al modificar e incrementar las conductas y habilidades requeridas para su funcionamiento en la comunidad.

Sin embargo, no se reporta el tipo de diseño utilizado, ni el control de variables extrañas, si se combinó, con el tratamiento psicofarmacológico, asimismo, no se menciona si se llevó a cabo un seguimiento de los pacientes que fueron dados de alta, con su incorporación y participación en este modelo de tratamiento, si se consideró la participación de la familia, los beneficios alcanzados en la institución, ni las limitaciones.

21) *Evaluación de Dos programas Psicosociales para el Tratamiento del Paciente Mental Crónico Hospitalizado (Vite, 1989).*

El estudio tuvo como objetivo realizar una evaluación para identificar y analizar los cambios que provocaban en los pacientes mentales crónicos hospitalizados cada uno de los programas analizados anteriormente. Se seleccionaron cuatro grupos de pacientes distribuidos de la siguiente manera: 20 pacientes del programa de aprendizaje social (I), 10 pacientes como grupo control (II) del grupo I; 20 pacientes como grupo experimental de la terapia Milieu (III) y 10 pacientes como grupo control del grupo III.

Se utilizaron como instrumentos de evaluación: el Instrumento de Evaluación Conductual, desarrollado por Alevizos en 1975, el cual contempla tres dimensiones de las actividades del paciente, conductas mutuamente excluyentes, conductas concomitantes y localización; la Escala de Evaluación Ambiental para Instituciones de Custodia desarrollada por Moos en 1975, la cual consta de 35 reactivos integrados en tres dimensiones, relaciones, mantenimiento y cambio en el sistema; la escala de Locus de Control, desarrollada por Nowiki y Duke en 1972, la cual consta de 30 reactivos; y la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica, desarrollada por Overall y Gorham en 1972, la cual se centra en la patología del pacientes al ser un instrumento de evaluación clínica.

En la investigación se utilizó un diseño cuasiexperimental de grupos apareados, de acuerdo a las características sociodemográficas y el propósito de los programas de tratamiento.

Se impartió un curso de entrenamiento teórico-práctico a los evaluadores, para que aplicaran correctamente los instrumentos. En un cubículo se aplicaron individualmente la Escala Locus de Control y el Autoreporte de Síntomas.

Posteriormente para observar y evaluar el cambio que promovían cada uno de los programas de tratamiento, se aplicó el Instrumento de Evaluación Conductual durante cinco meses. A dos meses y medio de observación, se evaluó la sintomatología de cada una de los sesenta pacientes que conformaron los cuatro grupos.

En la escala de evaluación conductual, con respecto a la estancia de los pacientes en diferentes áreas se observó que durante los cinco meses de registro, permanecían en pabellón el 70% de los pacientes del grupo de aprendizaje social (I), el 40% de su grupo control (II), el 65% de los de terapia Milieu (III), el 25% de su grupo de comparación (IV); en áreas verdes el 10% del grupo I, el 50% de su grupo control (II), el 18% del grupo (III) y el 73% de su grupo control (IV); y en talleres el 20% del grupo I, el 10% del grupo II, el 17% del grupo III y el 2% del grupo IV.

Con respecto a la conducta bizarra (agresividad, alucinaciones y conductas estereotipadas), se observó que los pacientes del Programa de Aprendizaje Social emitieron un 8% de conductas inadecuadas, mientras que en su grupo control fueron de 33% aproximadamente y los pacientes de Terapia Milieu, el 5% de los pacientes en comparación con el 23% de su grupo control.

En las conductas de resocialización que incluían autocuidado e interacción social, se observó que en el grupo I los pacientes alcanzaron un 51% en promedio, en

comparación con el 10% del grupo II, mientras que el grupo III presentó el 43%, en comparación con el 18% del grupo IV.

Con respecto a las conductas vocacionales y aseo de espacios físicos, se observó que en el grupo I éstas alcanzaron el 51% de ejecución en comparación con el 10% del grupo II, mientras que en el grupo III, se obtuvo el 30% en comparación con el 15% del grupo IV.

En lo que respecta a la evaluación de la calidad del ambiente, se observó que los pacientes del grupo de Aprendizaje Social obtuvieron calificaciones que variaban del 75% al 80%, en comparación con el 50% y 52% de su grupo control.

En la escala de Locus de Control se obtuvieron los siguientes datos: 43% de internalidad y de externalidad en el grupo I, en contraposición con el grupo II que fue de 36% de internalidad y de externalidad, y el 32% y 33% de su grupo control.

En la evaluación de la sintomatología de los pacientes se observó que el programa de Aprendizaje Social y el de Terapia Milieu, presentaron menor sintomatología que los pacientes de los grupos controles.

El autor concluye que ambos programas de tratamiento, fueron más efectivos que el tratamiento psicofarmacológico al propiciar mayores cambios conductuales en los pacientes que participaron, así como un decremento en la sintomatología, favoreciendo su incorporación funcional a la comunidad. Asimismo, que la aplicación de este tipo de programas en instituciones psiquiátricas ofrecen un panorama alentador en el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos hospitalizados.

La evaluación de los programas de tratamiento corrobora el impacto producido en los pacientes que participaron, al registrar modificaciones de conducta en diferentes ámbitos como apariencia personal, interacción social, habilidades vocacionales y decremento de sintomatología. No obstante no se describe el por qué la diferencia en el número de pacientes entre los grupos experimentales y los grupos control, si participó la familia y el impacto que tuvieron en las instituciones donde se aplicaban, ni las principales limitaciones.

Análisis Histórico.

Como puede observarse el desarrollo y aplicación de programas de tratamiento conductual en la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos ha avanzado significativamente, desde la instrumentación de estudios de caso en hospitales psiquiátricos, su trabajo con grupos de pacientes implementando paquetes de técnicas y procedimientos que tienen como objetivo, rehabilitar y apoyar a los pacientes para incorporarlos en el menor tiempo posible a su comunidad. Actualmente su desarrollo y aplicación en casas grupales, comunidades terapéuticas y sobre todo en su trabajo con familias, en el análisis de la interacción entre sus miembros y el nivel de Emoción Expresada a fin de disminuir el porcentaje de recaídas.

Por otra parte el manejo y aplicación de las técnicas conductuales y su combinación con otros tratamientos como el farmacológico, no soló para que los pacientes se reincorporen en el menor tiempo posible a la comunidad sino para prevenir las recaídas.

Sin embargo se observa que los programas y modelos de tratamiento aunque han alcanzado resultados significativos, estos son limitados, ya que en gran parte de los estudios analizados, no se realiza un seguimiento a largo plazo, se interrumpen los programas inesperadamente una vez que los pacientes son dados de alta o se terminó el estudio, no se menciona si existió la combinación con otros tratamientos y en qué medida influyó esto para alcanzar los objetivos deseados, no se registra el comportamiento y desenvolvimiento de los pacientes en la comunidad.

Con respecto al análisis histórico en los programas y modelos de tratamiento aplicados en México, se observa un interés significativo por implementar técnicas y procedimientos para el trabajo con este tipo de pacientes desde 1969 con los programas aplicados por Domínguez, posteriormente en la década de los ochentas con los modelos y programas de tratamiento instrumentados por Ayala y col., los cuales permanecieron durante varios años, sobre todo el Modelo de Aprendizaje Social implementado en el Hospital "La Salud Tlatzotzotl" , los trabajos desarrollados por Valencia y col. y los de Ryan y col.

No obstante, las investigaciones son mucho más limitadas que en otros países y actualmente la literatura al respecto es casi nula, se desconoce en qué grado se implementan y adecuan este tipo de técnicas y procedimientos en las instituciones psiquiátricas de nuestro país, los beneficios que se obtienen con su aplicación, el apoyo de familiares y centros de enseñanza e investigación.

Al realizar visitas y entrevistas en los psiquiátricos de la SSA, donde fueron implementados este tipo de modelos y programas (Hospital Psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez

Moreno", Caballero y López, 1993; Hospital Granja "La Salud Tlatzotzotl", Rodríguez, Escamilla y Acosta, 1993), se detectó que se habían interrumpido por diversos factores, como la falta de apoyo por parte de las instituciones, el cambio de políticas para la implementación de técnicas de tratamiento, la falta de recursos materiales y financieros, así como la falta de recursos humanos calificados para la implementación de este tipo de modelos.

Cabe mencionar que a pesar de las limitaciones se continúan aplicando algunas técnicas y procedimientos del Modelo Conductual, como el desarrollo e implementación de un Sistema Motivacional (Caballero, 1992), en el Hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno, que apoya el trabajo con pacientes mentales crónicos en autocuidado, actividades vocacionales y terapéuticas y el control de conductas bizarras.

Terminaremos este capítulo con algunos comentarios acerca de la:

Prospectiva del Modelo Conductual

Con el análisis de los modelos y programas de tratamiento conductual para pacientes esquizofrénicos en países desarrollados, se deduce que, al producir impacto en los pacientes, la familia, y la comunidad, aumenta la probabilidad de continuar haciéndolo; sin embargo, es importante actualizar las técnicas y procedimientos utilizados, así como incorporar otras modalidades de tratamiento como el psicofarmacológico y algunas técnicas psicoterapéuticas a fin de incrementar los tratamientos integrales que conlleven a obtener apoyo y mejoramiento en este tipo de pacientes en el menor tiempo posible.

La implementación de técnicas y métodos conductuales para el desarrollo de habilidades sociales, modificación o decremento de conductas bizarras, es la que más efectividad ha demostrado, incluso cuando algunos de los síntomas no son controlados farmacológicamente; no obstante la aplicación incorrecta de técnicas y procedimientos, la falta de entrenamiento en la aplicación de técnicas conductuales, la carencia de recursos y el trato inadecuado a los pacientes limitan su desarrollo y utilidad, en las diversas instituciones psiquiátricas y servicios de salud mental.

En base a lo anterior diversos investigadores han enfocado sus esfuerzos al desarrollo de normas y reglas de tratamiento y atención que tienen como propósito asegurar y resguardar los derechos del paciente, comprobar la efectividad de las técnicas, los beneficios a largo plazo, la aproximación positiva con el cliente y que no se utilicen de ser posible las técnicas intrusivas y restrictivas.

Destacan los estándares para el Uso del Entrenamiento Conductual y Procedimientos de Tratamiento en Escenarios para Incapacitados, desarrollados por el Ministerio de Comunidad y Servicio Social de Canadá; los cuales son propuestos como guía para utilizarse en diversas instituciones sin que estos sean sustitutos del programa de tratamiento ni se consideren como instrucciones específicas que suplan el conocimiento.

En los estándares se reconoce que la conducta humana es susceptible de ser modificada pero que debe tenerse en cuenta la ética profesional y las aproximaciones filosóficas generalmente aceptadas con el propósito de asegurar y mantener el contexto legal.

A continuación se mencionan las características principales que deben tomarse en cuenta para la aplicación de Programas y Modelos de Tratamiento Conductual:

1) Normalización.- Se menciona que toda la gente tiene derecho a experimentar y regular sus condiciones de vida, por lo que para el uso adecuado de los métodos conductuales se deben considerar los principios de normalización y enfatizar la necesidad de otorgar y reorganizar su conducta de acuerdo a los límites de aceptabilidad social.

En ocasiones para implementar conductas adecuadas durante el entrenamiento se requiere la aplicación de técnicas instruccionales especiales, motivacionales, programas de entrenamiento inusual o extenso, sesiones extra, uso de ambientes atípicos y procedimientos específicos que por su naturaleza pueden ser altamente intrusivos.

Este tipo de medidas estarán sujetas a un escrutinio especial en donde se contemplen los derechos del cliente, su efectividad, beneficios, aproximación positiva y menor intrusividad.

Aproximación Positiva.- Se enfatiza que todas las personas tienen la capacidad de aprender cuando se les otorgan los recursos apropiados; en los procedimientos conductuales se aplican técnicas para establecer conductas adecuadas, eliminar conductas indeseables e implementar habilidades de vida en el cliente.

Menor Intrusividad y Alternativas menos restrictivas.- Todas las personas tienen derecho a vivir en las mejores condiciones, con libertad y privacidad personal, ejercer sus

derechos y tomar sus propias decisiones. Esto implica el uso de intrusividad mínima o restrictiva; por lo que los responsables de la aplicación de programas de tratamiento conductual deben ser capaces de demostrar que las aproximaciones restrictivas son inefectivas.

Acceso a un tratamiento efectivo.- Todos los clientes tiene derecho a un tratamiento efectivo, por lo que antes de utilizar un tratamiento aversivo, o como reforzadores cosas a las que tienen derecho, es necesario buscar alternativas menos restrictivas que sean igualmente efectivas.

Con respecto al desarrollo e implementación de este tipo de modelos y programas de tratamiento en México, deberá promoverse en las diversas instituciones psiquiátricas del país, buscando el apoyo no sólo de centros de enseñanza e investigación, sino de instancias que proporcionen los recursos financieros para esto, difundiendo a través de publicaciones los resultados alcanzados en la década de los ochentas y los trabajos actuales en los que se destaque principalmente el impacto producido en pacientes y las instituciones de salud mental.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A través del análisis de los capítulos, se concluye que la esquizofrenia es una de las enfermedades mentales que mayor interés ha despertado en investigadores, psiquiatras, médicos y psicólogos por la variedad de síntomas que presenta. Sus causas y alteraciones se atribuyen tanto a factores : genéticos, bioquímicos y psicosociales por lo que actualmente es considerada como un trastorno multifactorial.

La variabilidad de este trastorno, ha influido a través de los años en la práctica diagnóstica y en la selección del tratamiento adecuado por lo que se propuso la unificación de criterios para su determinación. Los que más se utilizan son los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana y los de la Organización Mundial de la Salud.

Asimismo, se observa que el modelo de tratamiento que continúa predominando sobre todo en México, es el médico psiquiátrico tradicional con el uso de neurolépticos que inciden en los síntomas positivos del paciente esquizofrénico. No obstante no siempre los modifican y provocan efectos secundarios, en ocasiones irreversibles, por lo que es importante promover su implementación en dosis mínimas e intermitentes y su combinación con otros tratamientos.

Uno de los modelos de tratamiento que mayor efectividad ha demostrado en la rehabilitación de estos pacientes, es el Conductual ya que incide directamente en los trastornos y los modifica sin tomar en cuenta el proceso patológico subyacente.

CONCLUSIONES

Con el análisis y evaluación de los estudios e investigaciones desarrolladas tanto en México como en diversos países, se concluye que el Modelo Conductual ha impactado en el tratamiento del paciente esquizofrénico, al incidir en síntomas y comportamiento del mismo, modificándolos y proporcionándole a este las destrezas y habilidades requeridas para su incorporación a la comunidad como una persona funcional y productiva; en su familia al modificar la forma de interacción, el ambiente familiar y reducir la carga emocional, y económica que representa para ellos el paciente; y en las Instituciones de Salud al reducir el número de pacientes atendidos y los requerimientos de personal.

En este modelo, se utilizan diversas técnicas y procedimientos enfocados a la rehabilitación del paciente mental crónico. Como puede observarse a través del análisis histórico, una de las técnicas que se emplea con mayor frecuencia, es la economía de fichas desde que fue propuesta por Ayllon y Azrin (1968), la cual aplicada junto con otros procedimientos, apoya el desarrollo de actividades e implementación de habilidades y destrezas sociales que permiten la reincorporación de los pacientes a la comunidad en menor tiempo; se debe tener un control estricto de las variables extrañas y capacitar no sólo al personal que interviene en los programas de tratamiento, sino al que labora en las instituciones psiquiátricas para alcanzar mejores resultados.

Para la aplicación adecuada de las técnicas y tratamientos conductuales, los investigadores y terapeutas utilizan diversos diseños experimentales, los cuales permiten identificar si las variables manipuladas (técnicas y procedimientos), influyen en la modificación e implementación de conductas y llevar un registro continuo antes, durante y después del tratamiento. Los que se presentan con mayor frecuencia son los de pretest-postest, línea base- tratamiento, diseño A-B-A y línea base múltiple.

CONCLUSIONES

Aunque no es posible identificar si los resultados alcanzados se deben a su selección e implementación, se infiere que en la mayor parte de los estudios permitieron alcanzar los objetivos propuestos y evaluar su aplicación.

Asimismo se concluye que algunos de los aspectos que interfieren en la implementación del Modelo Conductual son: centrarse exclusivamente en el paciente, falta de recursos económicos y humanos, capacitación y administración adecuada de funciones al personal y apoyo de autoridades e instituciones de enseñanza e investigación; y limitaciones en la generalización y seguimiento de algunos estudios, como por ejemplo (Birchwood 1986), Control de alucinaciones auditivas; (Domínguez, 1982) Programa de socialización intensiva; (Pérez, Calixto y Hernández, 1985), Procedimiento para decrementar conducta verbal delusional.

Por otra parte como se mencionó anteriormente, con el desarrollo y avances en el tratamiento conductual de este tipo de pacientes, como la combinación de técnicas y procedimientos con la terapia ambiental y el surgimiento de la salud mental comunitaria en las que se tiene como propósito sacar al paciente del ambiente hospitalario para que reciban atención en su comunidad, no es posible tener control sobre algunas variables por lo que se requiere establecer contratos conductuales con el paciente y considerar las contingencias del medio que pudieran estar incidiendo a fin de que el impacto producido se presente a largo plazo.

Durante los últimos años, se han desarrollado investigaciones que toman en cuenta estos factores al detectar que el paciente presenta un alto porcentaje de recaídas (más del 40% de los que son dados de alta, recaen antes del primer año), es

CONCLUSIONES

decir, se considera el trabajo conductual con el paciente para la implementación de conductas, el manejo y control de estrés y el seguimiento en la comunidad a largo plazo; la combinación con el tratamiento farmacológico en dosis bajas e intermitentes; el trabajo con familiares para enseñarles el trato e interacción con el paciente y la identificación de síntomas o comportamientos que indican posibles recaídas, lo cual permite reducir significativamente sus rangos.

Destacan los trabajos desarrollados por Liberman (1986), con la generación de módulos de tratamiento que tienen como propósito, implementar habilidades de vida independiente para pacientes psiquiátricos incapacitados; y los de Tarrier y col. (1988-1991); Falloon y col. (1984-1991), en donde la identificación de los niveles de Emoción Expresada y la modificación de los mismos apoya el desenvolvimiento del paciente en el ambiente familiar.

El desarrollo y aplicación de este tipo de estudios, permite identificar el impacto real del modelo, ya que son consideradas todas las variables y actores sociales que intervienen en su tratamiento y rehabilitación.

En estas investigaciones no se incluye a pacientes que presentan síntomas negativos ya que son considerados como "funcionales" en el ambiente familiar y la comunidad y la única medida de efectividad y control en la que se basan, es el rango de recaídas. Por lo tanto se debe promover el desarrollo de investigaciones que aborden estos aspectos a fin de determinar la efectividad e impacto del modelo en ésta área.

CONCLUSIONES

En lo que respecta al desarrollo de programas y modelos de tratamiento en México, se puede concluir que algunos han producido impacto significativo en la rehabilitación de pacientes mentales crónicos, al proporcionarles las habilidades requeridas para su funcionamiento en la comunidad; asimismo, ha impactado a autoridades y profesionales de la salud al corroborarse la efectividad de los modelos a través de su desarrollo y permanencia durante varios años.

No obstante el impacto producido es limitado al existir pocas investigaciones y modelos que son interrumpidos inesperadamente por diversos factores; uno de los principales es la falta de recursos económicos en las diversas instituciones psiquiátricas y centros de investigación, lo cual se traduce en la carencia de personal capacitado, deficiencias en la administración y escasa difusión sobre las actividades y técnicas de tratamiento utilizadas.

Otro de los factores que alteran el Impacto del Modelo Conductual, en los pacientes es el personal que trabaja en los servicios psiquiátricos y de salud mental; ya que al adolecer de preparación en el área y de una orientación definida, influyen significativamente en la patología de los pacientes y en la presencia e incremento de conductas bizarras o delusionales.

A fin de que el Modelo Conductual impacte y tenga presencia en el área de la salud mental, se requiere propiciar el desarrollo de investigaciones en las diversas instituciones psiquiátricas, incorporar un mayor número de psicólogos a los equipos de salud mental, generar cursos de capacitación y actualización para profesionales y personal de apoyo en el área, desarrollar y publicar modelos y programas de

CONCLUSIONES

tratamiento, como los aplicados en la década de los ochentas, además de considerar constantemente los avances alcanzados con la aplicación del Modelo Conductual en otros países.

Por otra parte, es importante apoyar el desarrollo de las investigaciones a través del fortalecimiento de estudios de posgrado y la generación de prácticas y servicio social en este tipo de instituciones, el fortalecimiento teórico y metodológico del Modelo Conductual y su incorporación e implementación con otros tratamientos a fin de coadyuvar al mejoramiento y rehabilitación del paciente esquizofrénico.

APENDICE

Criterios de Kurt Schneider

Se basan en un corte transversal para el diagnóstico, responden a una jerarquización de síntomas, seleccionan los que se presentan con mayor frecuencia y permiten diagnosticar la esquizofrenia si no existe una enfermedad somática concomitante. Schneider clasifica las manifestaciones psicopatológicas de la esquizofrenia en síntomas de primer rango (si no existe una enfermedad somática, su existencia señala esquizofrenia); síntomas de segundo rango (manifiestan la enfermedad, pero no son exclusivos de esta) y síntomas del modo de expresión (si se identifican y se establece relación con otros síntomas, permiten el diagnóstico).

Síntomas de 1er rango: Se considera esquizofrénico a un paciente con uno o más de estos síntomas, si existe claridad de conciencia y no se verifica enfermedad somática concomitante:

- Sonorización del pensamiento
- Oír voces que dialogan entre sí.
- Oír voces que acompañan con comentarios los actos propios
- Vivencias de influencia corporal.
- Robo del pensamiento y otras influencias sobre el mismo.
- Difusión del pensamiento.
- Percepción delusiva.
- Todo lo vivido como hecho o influenciado por otros en el campo de las tendencias y de la voluntad.

Síntomas de 2do. rango.- Si sólo ellos se hallan presentes el diagnóstico se guiará por las conexiones existentes dentro del conjunto clínico.

- Restantes errores sensoriales.
- Ocurrencias delusivas.
- Perplejidad.
- Distimias alegres y depresivas.
- Vivencias de empobrecimiento afectivo.
- Algunos otros.

Síntomas por parte de la expresión.- Alcanzan desde la actitud corporal hasta el modo de verbalización de las vivencias más complejas, pasando por la mímica, la escritura y el conjunto de manifestaciones que enmarcan al enfermo. El valor que se otorga a tales rasgos, depende por completo de la subjetividad de aquel que los enjuicia.

APENDICE I**Criterios de la Organización Mundial de la Salud**

Se considera a la esquizofrenia como un grupo de psicosis en que se presenta un fundamental desorden de la personalidad, una característica distorsión del pensamiento, un sentimiento de estar controlado por fuerzas ajenas, delusiones que pueden ser extravagantes, alteración de la percepción, afecto normal sin relación con la situación real y autismo. No obstante, en general se conserva la capacidad intelectual y la capacidad de la conciencia. El trastorno de la personalidad compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal su sentimiento de individualidad, singularidad y autodirección. El paciente cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden desarrollarse delusiones para explicar que existen fuerzas naturales o sobrenaturales, que están en acción influyendo en los actos y pensamientos de la persona esquizofrénica en formas que son usualmente estrambóticas. El esquizofrénico se ve como el eje de todo lo que sucede. Son frecuentes las alucinaciones, sobre todo las auditivas, voces que hacen comentarios acerca del paciente y se dirigen a él. La percepción se altera de otras maneras; puede haber perplejidad, hechos intrascendentes pueden volverse muy importantes y, acompañados por sentimientos de pasividad, pueden conducir al individuo a creer que las situaciones diarias y los objetos corrientes poseen un significado siniestro dirigido contra él. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia, los aspectos periféricos y baladies de un concepto, son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y apropiados de la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, gramaticalmente elíptico, oscuro y su expresión hablada es algunas veces incomprendible. Las rupturas e interpolaciones de la hilación del pensamiento son frecuentes y el paciente puede estar convencido de que sus pensamientos están siendo robados por un agente externo. El ánimo puede ser superficial, caprichoso e incongruente. Puede haber cierto grado de perplejidad. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad pueden aparecer como inercia, negativismo o estupor. Puede haber catatonia.

Criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana

A. Estará presente al menos, uno de los síntomas siguientes durante la fase de la enfermedad:

1. Delusiones extravagantes (contenido absurdo y sin posible base real), tales como delusiones de ser controlado, sonorización del pensamiento, inserción o robo del pensamiento.
2. Delusiones somáticas de grandeza, religiosas (mesiánicas), nihilistas u otras sin contenido de persecución o de celos.
3. Delusiones de persecución o celotípicas acompañadas de alucinaciones de cualquier tipo.
4. Alucinaciones auditivas, en las cuales una voz realiza comentarios sobre la conducta o pensamientos del sujeto.

APENDICE I

5. Alucinaciones auditivas en diversas ocasiones, con contenido de más de una o dos palabras sin relación aparente con la depresión o la elación.

6. Incoherencia, acentuada pérdida de asociaciones, acentuado pensamiento ilógico o acentuada pobreza de contenido en el habla si van asociados con al menos una de las siguientes características:

- Afecto embotado o inapropiado
- Delusiones o alucinaciones
- Conducta catatónica u otra groseramente desorganizada

B. Deterioro desde el nivel previo de actividad en las áreas como laboral, relaciones sociales y autocuidado.

C. Duración: Signos continuos de enfermedad, al menos a lo largo de seis meses, en alguna ocasión, durante la vida de la persona, con algunos signos de enfermedad en el presente. El periodo de seis meses debe incluir una fase activa durante la cual existan síntomas pertenecientes al grupo A, con o sin fase prodrómica o residual.

Fase residual: persistencia tras la fase activa de la enfermedad de al menos, dos síntomas reseñados abajo, no debidos a disturbios en el humor o a un desorden por uso de sustancias.

Síntomas prodrómicos o residuales:

1. Aislamiento social o retirada.
2. Marcado empeoramiento en el desempeño del papel como obrero, estudiante o artesano.
3. Conducta peculiar acentuada (coleccionar desperdicios, hablar consigo mismo y atesorar comida).
4. Empeoramiento acentuado en la higiene personal y en el vestir.
5. Afecto embotado, insípido o inadecuado.
6. Discurso disgresivo, vago, superelaborado, circunstancial o metafórico.
7. Ideación extraña o extravagante o pensamiento mágico.
8. Experiencias perceptivas extrañas (ilusiones recurrentes, sentimientos de presencia de una fuerza o persona no presente).

D. El síndrome depresivo o maniaco completo (criterio A o B del episodio maniaco depresivo mayor), si está presente, desarrollado después de cualquier síntoma psicótico o fue breve en duración relativa para la duración de los síntomas psicóticos en A.

E. Comienzo de la fase prodrómica o activa de la enfermedad antes de los 45 años.

F. No debido a desorden mental orgánico.

APENDICE I

Subtipo Hebefrénico

Se inicia entre los 15 y 25 años de edad, se caracteriza por: a) alteraciones en el lenguaje, como habla incoherente; b) alteraciones afectivas, tales como respuestas emocionales inapropiadas, acompañadas de risa nerviosa, sonrisa y carcajadas incongruentes, manierismos estereotipados y muecas; c) pensamiento desorganizado y disociado; éste se presenta por la falta de concentración y atención; d) tendencia a retroceder a un estado vegetativo (Solomon, 1976; Caso, 1979; Martin, 1990; McGlashan y Fenton, 1991; DSM-III-R)

Subtipo Catatónico

La edad más frecuente de aparición es entre los 15 y los 25 años. Se presenta en forma aguda y va precedida por una experiencia emocionalmente trastornante; los rasgos más comunes son: inmovilidad rígida e indiferencia ante estímulos ambientales durante largos periodos. En ocasiones la inmovilidad catatónica se presenta con "flexibilidad cérea" es decir, moldea el cuerpo en posiciones diversas y las mantiene durante largo tiempo, en ocasiones la inmovilidad cesa y se presentan periodos de excitación y violencia.

La catatonía se divide en:

1. Estupor catatónico. - Es precedido por un periodo preliminar de agitación, en la que se observan amaneramientos, estereotipias (repelición prolongada e idéntica de movimientos y actitudes sin motivo aparente), muecas, insomnio, negativismo, mutismo, disminución de la actividad, y movimientos espontáneos. El estupor catatónico se caracteriza por: a) inexpressividad, no responde cuando se le habla, ni sigue instrucciones; b) si se le punza la nariz y se le tocan los ojos se observa un ligero parpadeo; c) si se coloca en posiciones forzadas y difíciles de mantener, generalmente las conserva; d) no habla y aprieta los labios; e) rehusa a tomar alimentos; y f) orina y defeca en sus ropas y retiene saliva (Solomon y Patch, 1976; Caso, 1979; Martin, 1990; McGlashan y Fenton, 1991; DSM-III-R).

APENDICE I

2. *Excitación catatónica*. - En esta fase el enfermo presenta: a) actividad extrema, tendencia a actos impulsivos de violencia y enojo, manifiesta autoridad, insulta y maldice; b) presenta verborrea, ríe, llora, grita y responde irracionalmente; c) presenta frecuentemente alucinaciones verbales y auditivas; d) incoherencia; e) negativismo; f) hostilidad; g) insomnio y h) pérdida de peso.

La catatonia es la forma más común de la esquizofrenia. No obstante su sintomatología, tiene modalidades tan específicas, que algunos psiquiatras, consideran que esta enfermedad no tiene relación con los demás tipos de esquizofrenia. Los síntomas presentados específicamente los trastornos motores, han llevado a pensar en la posibilidad de un desorden neurológico, basado en una patología orgánica o en alguna especie de intoxicación. En suma, el aislamiento catatónico es una retirada de la acción y de la voluntad, más que del medio circundante (Arieti, 1965; Solomon 1976; Martin, 1990).

Subtipo Paranoide

Este tipo de enfermedad, generalmente se presenta entre los 30 y 35 años de edad; es decir, es la forma menos precoz de las esquizofrenias; se caracteriza por: a) ideas delirantes de persecución y de grandeza; b) alucinaciones; c) actitudes de hostilidad y de agresividad, relacionadas con las alucinaciones y las ideas delirantes; d) desorganización de la personalidad; y e) deterioro en el desarrollo de actividades normales

Los delirios de persecución y de grandeza se presentan fundamentalmente en la esquizofrenia paranoide, su pensamiento y su conducta suelen ser lógicos si se acepta el postulado central de sus delirios. Cualquier intento de convencerlos de la falsedad de sus creencias utilizando argumentos lógicos y poniendo en duda las pruebas suelen ser infructuosos (Solomon y Patch, 1976; Caso, 1979; Martin, 1990; MacGlashan, y Fenton, 1991).

Algunos pacientes que presentan estos síntomas son difícilmente abordables, piensan que los vigilan, que alguien intenta envenenarlos, por lo que se muestran desconfiados y hostiles a todo tipo de interrogatorio.

Subtipo indiferenciado

Esta categoría se utiliza a menudo para diagnosticar al paciente esquizofrénico si la sintomatología no se ajusta a las categorías precedentes, presentándose una mezcla de rasgos y síntomas propios de otros subtipos (Patch y Vernon, 1976; Caso, 1979; MacGlashan y Fenton, 1991; DSM-III-R).

Subtipo residual

Se aplica a personas a quienes se les diagnosticó esquizofrenia alguna vez, y muestran mejoría en sus síntomas agudos; sin embargo, continúan manifestando signos de alteración como apatía emocional, pobreza de lenguaje, aislamiento social, conducta excéntrica, apariencia personal inadecuada y ligeras alteraciones del pensamiento (Caso, 1979; Martin, 1990; MacGlashan y Fenton, 1991).

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar M., Figueroa G., y col. (1987). Creación de un Modelo de Evaluación de Impacto de la Actividad Científica y Tecnológica del I. P. N. México: I.P. N.
- Alexander F., Selesnick S. (1970). Historia de la Psiquiatría. Barcelona: Espax.
- Ardila R. (1985). La evaluación Comportamental como Alternativa al Diagnóstico Psiquiátrico Tradicional. Revista Mexicana de Psicología, Vol. 2 (1),61-66.
- Ayala H., Chism K., Cárdenas G., Rodríguez M., Cervantes L., Caballero P., (1983). Una Alternativa de Tratamiento y Rehabilitación de Enfermos Mentales Crónicos. Salud Mental Vol. 6 (1),87-97.
- Ayllon, T. and Houghton, E.(1964). Modification of Symptomatic Verbal Behavior of Mental Patients. Behavior Research and Therapy, (21) 87-97.
- Ayllon T. and Azrin H, (1968). Reinforcer Sampling: a Technique for increasing the behavior of mental patients. Journal of Applied Behavior Analysis, vol 1, 13-20.
- Belcher T. (1988). Behavioral Reduction of Overt Hallucinatory Behavior in a Chronic Schizophrenic. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, vol. 19, (1), 69-71.
- Bennett P. and Maley R.(1973). Modification of Interactive Behaviors in Chronic Mental Patients. Journal of Applied Behavior Analysis, vol 6, 609-620.

BIBLIOGRAFIA

- Bergin E., Garfield L.(1971) Psychotherapy and Behavior Change. United States John Willey & Sons.
- Birchwood M. (1986). Control of Auditory Hallucinations Occlusión of Monaural Auditory Input. British Journal of Psychiatry, (149), 104-107.
- Bleuler E. (1967) Trattado di Psichiatria. Edizione Riveduta e ampliada Manfred Bleuler; con la collaborazione di Rudolf Hess e Siegfried Scheidegger. Milano: Feltrinelli.
- Bowen L., Glynn S., Marshall Jr. B., Kurt L., Hayden J. (1990). Successful Behavioral Treatment of Polydipsia in a Shcizophrenic Patient. Journal Behavior Therapy and Experimental Psichiatry, Vol. 21 (1), 53-61.
- Broustra J. (1979). La Esquizofrenia. Barcelona: Limusa
- Budson, R., Grob, M., Singer, J.(1977). A Follow up study of Berkely House. A psychiatric halfway house. International Journal of Social Psychiatry. (23). 120-131.
- Caballero P., Cervantes L. y Rodríguez M. (1981). Un Modelo de Reeducación para Pacientes Mentales Crónicos Hospitalizados. Tesis de Licenciatura. México: UNAM

BIBLIOGRAFIA

- Caballo V., (1991). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. España: Siglo XXI
- Casalta H. y Becerra J. (1981). Modificación de Conducta: Tácticas de observación e intervención. Caracas: Facultad de Humanidades y Educación.
- Casey, J., Bennett, I., Lindley, C., Hollister, L., Gordon, M., and Springer, N. (1960). Drug Therapy and Schizophrenia: A controlled study of the effectiveness of chlorpromazine, promazine, phenobarbital and placebo. Archives of General Psychiatry, (2), 210-220.
- Campbell D. y Stanley J. (1978). Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. Buenos Aires: Amorrortu.
- Caso A. (1979). Fundamentos de Psiquiatría. México: Limusa
- Castrejón y Espino (1988). Un Programa de Economía de Fichas en dos Pacientes Esquizofrénicos. Tesis de Licenciatura. México: UNAM.
- Castro L. (1979). Diseño Experimental sin Estadística: Usos y restricciones en su aplicación a las ciencias de la conducta. México: Trillas.
- Davison G. & Neale M. (1990). Psicología de la Conducta Anormal: Enfoque Clínico Experimental. México: Limusa.

BIBLIOGRAFIA

- Domínguez B (1982). Psicología Ecológica: Análisis y Modificación de la Conducta Humana en Instituciones de Custodia. México:UNAM.
- Doty, D. McInnis, T. and Gordon P. (1974). Remediation of Negative Side Effects of an Ongoing Response-Cost System with Chronic Mental Patients. Journal of Applied Behavior Analysis Vol (7), 191-198.
- Ey H. (1980) Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Toray Masson.
- Faiweather G., Sanders D., Crisser D., Maynard H. (1969). Community life for the mentally ill. Chicago : Aldine.
- Falloon I. (1988). Behavioral Family Management in Coping with Functional Psychosis: Principles, practice and recent developments Ints. J. Ment. Health, Vol. 17,(1), 35-47.
- Fichter M., Wallace C., Liberman R. (1976). Improving Social Interaction in Chronic Psychotic Using Discriminated Avoidance ("nagging"): Experimental Analysis and Generalization. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 9 (4) 377-386.
- Finch, B. and Wallace, C.(1977). Successful Interpersonal Skills Training whit Schizophrenic Inpatients. Journal of consulting and Clinical Psychology, (451). 885-890.

BIBLIOGRAFIA

- Foxx R., McMorow M., Davis L., Bittle R., (1988). Replacing a Chronic Schizophrenic man's Delusional Speech whit Stimulus Appropriate Responses. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, vol. 19 (1), 43-50
- Freeman H. (1989). Relationship of Schizophrenic to the Enviroment. British Journal of Psychiatry (155), 90-99.
- Freud S. (1973). Obras Completas tomo II México: Biblioteca Nueva (3a ed.) 1516-1526.
- Fromm Reichman. (1978). Psicoterapia Intensiva en la Esquizofrenia y en los Maniaco Depresivos. Buenos Aires: Hormé (3a ed.).
- Fuentenegro C. (1991). Psicología Médica y Psiquiatría. México: Prensa Mexicana.
- Gámez J. (1985). Conceptualización de Impacto y Propuesta de un Sistema Evaluativo. México: I. P. N.
- Gammill C. (1986). Self-Direction as a Potencial Influence on the Etiology of Schizophrenia. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol 9, 425-436.
- Glynn S., (1990). Token Economy Approaches for Psychiatric Patients: Progress and Pitfalls Over 25 years. Behavior Modification, Vol. 14 (4), 383- 407.
- Goldsmith, J. and McFall (1975). Development and Evaluation of an Interpersonal skill-training Program for Psychiatric Patients. Journal of Abnormal Psychology, (84), 51-58.

BIBLIOGRAFIA

- González R., Donaire I., Cisneros A., Mateo A., Prieto E., Martínez Y., Herrera M. (1988). El Token Economy en la Rehabilitación: Comportamiento y apreciaciones de pacientes Esquizofrénicos y Alcohólicos. Revista Hospital Psiquiátrico Habana. 361-373.
- Greenberg, D., Scott, S., Pisa, A. and Friesen, D. (1975). Beyond the Token Economy : A comparison of two contingency programs. Journal of Consulting and Clinical Psychology. (43). 498-503.
- Grinspoon, L., Dwalt, J., and Shader, R. (1968) Psychotherapy and Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia. American Journal of Psychiatry. (124). 1645-1652.
- Hahlweg K., Hemmati-Weber M., Heusser A., Lober H., Winkler H. Müller U., Feinsten E., Dose M. (1990). Process Analysis in Behavioral Family Therapy. Behavior Modification, Vol. 14 (4), 441- 456.
- Hall V. (1973). El Manejo de la Conducta: Modelo de Enseñanza Respondiente. USA: H y H Enterprises.
- Hersen M. and Bellack A. (1976). Multiple-Baseline Analysis of Social-Skills Training in Chronic Schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 9 (3), 239-246.
- Hogarty, G. E., and Ulrich, R. F. (1977). Temporal Effects of Drug and Placebo in Delaying Relapse in Schizophrenic Outpatients. Archives of General Psychiatry. (34), 297- 391.

BIBLIOGRAFIA

- Hollander, M. (1989). Managing Noncompliance in a Schizophrenic Patient with Chronic Skin Disorders. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. Vol. 20 (3), 257-260.
- Holte A and Wichstrom L. (1991). Relationship Between Personality Development, Interpersonal Perception and Communication in Parents of Schizophrenics Psychiatric Controls and Normal Subjects. Acta Psychiatrica Scandinava. Vol. 84, 46-57.
- Jackson D. (1980) Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kale R., Kaye J., Whelan P., and Hopkins B. (1968). The Effects of Reinforcement on the Modification, Maintenance and Generalization of Social Responses of Mental Patients. Journal of Applied Behavior Analysis Vol 1, 307-314.
- Katzenberg A., and Hollander M. (1989). Managing Noncompliance in Schizophrenic Patient with Chronic Skin Disorders. Journal Behavior and Experimental Psychiatry Vol. 20 (3), 257-260.
- Kazdin, A. and Bootzin, R. (1972). The Token Economy: An evaluative review. Journal of Applied Behavior Analysis. (5). 343-372.
- Kazdin A., Silverman N. and Sittler J. (1975) The Use of Prompts to Enhance Vicarious Effects of Nonverbal Approval. Journal of Applied Behavior Analysis Vol. 8, 213-229
- Klonof and Moore. (1984). Compulsive Polydipsia Presenting as Diabetes Insipidus: Behavioral approach. Journal of Therapy and Experimental Psychiatry (15), 353-358.

BIBLIOGRAFIA

- Knobel M.(1987). Psicoterapia Breve. México: Paidós
- Leff, J.(1989). Family Factors in Schizophrenia. Psychiatric Annals. Vol.19 (10), 542-547.
- Liberman R., Teigen J., Patterson R., and Baker V. (1973) Reducing Delusional Speech in Chronic, Paranoid Schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol 6, 57-64.
- Liberman R., (1986) Social and Independent Living Skills: Medication-Management Module, Trainer's Manual, Rehabilitation Research & Training Center in Mental Illness, Los Angeles: Brentwood Division, Camarillo State Hospital.
- Lowe C., Chadwick P., (1990). Verbal Control of Delusions. Behavior Therapy, 21, 461-469
- Mace S., Webb M., Sharkey R., Mattson D., Howard S. (1988) Functional Analysis and Treatment of Bizarre Speech. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 19 (4), 289-296
- MacGlashan y Fenton. (1991). Classical Subtypes for Schizophrenia: Literatura review for DSM-IV. Schizophrenia Bulletin Vol. 17, (4), 609-632.
- MacNally, R., Calamari, J., Hansen P. and Kaliher C.(1988). Behavioral Treatment of Psychogenic Polydipsia. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry (19), 57-61.

BIBLIOGRAFIA

- Knobel M.(1987). Psicoterapia Breve. México: Paidós
- Leff, J.(1989). Family Factors in Schizophrenia. Psychiatric Annals. Vol. 19 (10), 542-547.
- Lieberman R., Teigen J., Patterson R., and Baker V. (1973) Reducing Delusional Speech in Chronic, Paranoid Schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol 6, 57-64.
- Lieberman R., (1986) Social and Independent Living Skills: Medication-Management Module, Trainer's Manual, Rehabilitation Research & Training Center in Mental Illness, Los Angeles: Brentwood Division, Camarillo State Hospital.
- Lowe C., Chadwick P., (1990). Verbal Control of Delusions. Behavior Therapy, 21, 461-469
- Mace S., Webb M., Sharkey R., Mattson D., Howard S. (1988) Functional Analysis and Treatment of Bizarre Speech. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 19 (4), 289-296
- MacGlashan y Fenton. (1991). Classical Subtypes for Schizophrenia: Literatura review for DSM-IV. Schizophrenia Bulletin Vol. 17, (4), 609-632.
- MacNally, R., Calamari, J., Hansen P. and Kaliher C.(1988). Behavioral Treatment of Psychogenic Polydipsia. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry (19), 57-61.

BIBLIOGRAFIA

Manual Diagnostico Y Estadística de los Trastornos Mentales Asociación Psiquiátrica Americana DSM-III-R (1988).

Martin B. (1985). Psicología Anormal: Enfoques Científicos y Clínicos. México: Inter-americana. 2a. ed.

May, P., Tuma, A., Yale, C., Potepan, P., and Dixon, N. (1976). Schizophrenia - A follow up study of results of treatment. Archives of General Psychiatry, (33). 481-486

Millenson J. (1976). Principios del Análisis Conductual. México: Trillas.

Minkowski E. (1985) La Esquizofrenia: Psicopatología de los Esquizoides y de los Esquizofrénicos, Buenos Aires: Paidós.

Ministry of Comunity and Social Services (1987), Standards for the use of Behavioural Training and Treatment Procedures in Settings for the Developmentally Handicapped, Canada: Surrey Place Centre.

Mitchel W., and Stoffelmayr B.(1973). Application of the Premack Principle to the behavioral Control Extremely Inactive Schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis Vol. 6, 419-424.

Mossige S., Pettersen B. and Blakar M. (1974). Egocentrism and Inefficiency in the communication of Families Containg Schizophrenic Members. Family Process Vol. 18, 405-425.

Nelson G. and Cone J. (1979). Multiple- Baseline Analysis of Token Economy for Psychiatric Inpatients. Journal of Applied Behavior Analysis Vol. 12, (2), 255-271.

BIBLIOGRAFIA

- O'Brien F., Azrin N., and Killenson K. (1969). Increased Communications of Chronic Mental Patients by Reinforcement and by Responce Priming. Journal of Applied Behavior Analysis Vol. 2, 23-29.
- Olson D.(1972). Empirically Umbinding the Double Bind: Review of research and conceptual reformulations. Family Process. 69-74.
- Page J. (1982). Manual de Psicopatología. México: Paidós.
- Patterson R., and Teigen J.(1973). Conditioning and post-hospital Generalization of Nondelusional Responses in Chronic Psychotic Patient. Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 6, 65-70
- Paul G. and Lentz R. (1977) Psichosocial Treatment of Chronic Mental Patients. London: Harvard University Press
- Pérez J., Calixto J., Hernández T. (1985). Procedimientos para Decrementar Conducta Verbal Delusional en Pacientes Mentales Crónicos Hospitalizados. Tesis de licenciatura. México: UNAM.
- Pineda A., Moreno A., Fuentes M., (1987). Selección y Entrenamiento de Monitores en Hospitales Psiquiátricos. México: Trillas
- Pommerlau O., Bobrove P., and Smith R. (1973). Rewarding Psychiatric Aides for Behavioral Improvement of Assigned Patients. Journal of Applied Behavior Analysis vol. 6, 383-395.

BIBLIOGRAFIA

- Quiroga H., Rodríguez M., Cárdenas G., Vite A., Mata A., Molina J., Ayala H. (1986). Programas de Tratamiento Psicosocial para la Rehabilitación del Paciente Mental Crónico Hospitalizado en México: Descripción, resultados y perspectivas. Revista Mexicana de Psicología Vol. 3, 44-53.
- Rimm y Masters (1990). Terapia de la Conducta: Técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas.
- Ring N., Tantam D., Montague L., Morris J. (1991). Negative Symptoms in Chronic Schizophrenia: Relationship to Duration of Illness. British Journal of Psychiatry, 159, 495- 499.
- Rolider A., Williams L., Cummings A., Houton R. (1991). The Use to a Brief Movement Restriction Procedure to Eliminate Severe Inappropriate Behavior. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Vol. 22, (1), 23-30.
- Ryan P, Valencia M., Otero B., Núñez M., González N., Rascón M. (1982). Alternativas para el Hospitalismo. Revista de Salud Mental Vol. 5, (3)
- Ryan P. (1983). Un Programa Experimental Psicosocial para Pacientes Agudos Hospitalizados. Salud Mental vol. 6 (2), 74-79.
- Sandler J. y Davidson S. Robert (1977), Psicopatología: Teoría del aprendizaje, investigación y aplicación. México: Trillas.

BIBLIOGRAFÍA

- Schraa J., Lautmann L. Kay M., and Screven C. (1978). Establishment of Nondelusional Responses in Socially withdrawn Chronic Schizophrenic. Journal of Applied Behavior Analysis. Vol. 11, (3) 433-435.
- Skinner B. (1991). El Análisis de la Conducta: Una visión retrospectiva. México: Limusa
- Solomon P. y Patch D., Manual de Psiquiatría. México: Manual Moderno
- Stein F, Nikolic S., (1988). Teaching Stress Management Techniques to a Schizophrenic Patient. The American Journal of Occupational Therapy. Vol. 43 (3), 162-169
- Stephen E., Terranova M., Bowen L., Zárate R., Massel K, Liberman R. (1987). Providing Independent Recreational Activities to Reduce Stereotypic Vocalizations in Chronic Schizophrenics Journal of Applied Behavior Analysis Vol. 20, 77-81.
- Stumphauzer J. (1983). Terapia Conductual. México: Trillas
- Sullivan H. (1973). Estudios Clínicos de Psiquiatría. Buenos Aires: Psique
- Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., Bamrah J., (1988). The Community Management of Schizophrenia: A controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. British Journal of Psychiatry, Vol. 153, 532-542.

BIBLIOGRAFIA

- Tarrier N., Barrowclough C., Vaughn C., Bamrah J., Porceddu K., Watts S., Freeman H. (1989). Community Management of Schizophrenia: A two years follow-up a behavioral intervention with families. British Journal of Psychiatry Vol. 154, 625-628.
- Tarrier N., Barrowclough C. (1990). Family Interventions for Schizophrenia. Behavior Modification Vol. 14, (4), 408-440.
- Tarrier N. (1991). Some Aspects of Family Interventions in Schizophrenia. I: Adherence to intervention programmes. British Journal of Psychiatry, 159, 475-480.
- Tarrier N., Lowson K. and Barrowclough C. (1991). Some Aspects of Family Interventions in Schizophrenia. II: Financial considerations. British Journal of Psychiatry, (159) 481-484.
- Tracey D. Bordell D. and Wilson G. (1974). Generalization of Verbal Conditioning to Verbal and no Verbal Behavior: Group therapy with chronic psychiatric patients. Journal of Applied Behavior Analysis Vol. 7, 391-402.
- Truax C. and CarKhuff R. (1963). Toward Effective Counseling and Psychotherapy. Chicago: aldine.
- Uriarte V. (1989). Psicofarmacología. México: Trillas.

BIBLIOGRAFIA

- Valencia M. (1986). Formulación para el Tratamiento y Rehabilitación del Paciente Crónico Hospitalizado. Revista Mexicana de Psicología Vol. 3, (1), 37-43.
- Valencia M. (1991). El Hospital Mental como Instrumento Terapéutico: El rol del psicólogo en la práctica clínica institucional. Revista Mexicana de Psicología Vol. 8 (1,2) 99-108.
- Vite A. (1989). Evaluación de dos Programas Psicosociales para el Tratamiento del Paciente Mental Crónico. Tesis de Maestría México: UNAM.
- Webb M., Sharkey R., Mattson D. and Rosen H. (1988). Fucntional Analysis and Treatment of Bizarre Speech. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry Vol. 19, (a), 289-296.
- Weis C. (1973) Investigación Evaluativa México: Trillas.
- Williams L. and Cummings A. (1991). The Use a Brief Movement Restriction Procedure to Eliminate Severe Inapropriate Behavior. Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry Vol. 22, (1), 23-30.
- Wincze J, Leitenberg H. and Agras W. (1972). The Effects of Token Reinforcement and Feedback on the Delusional Verbal Behavior of Chronic Paranoid Schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis Vol. 5, 247-262.

BIBLIOGRAFIA

- Winkler R. (1970). Management of Chronic Psychiatric Patients by a Token Reinforcement System. Journal of Applied Behavior Analysis Vol.3, 47-55.
- Wong S., Terranova M., Bowen L., Zarate R., Massel K., Liberman R. (1987). Providing Independent Recreational Activities to Reduce Stereotyped Vocalizations in Chronic Schizophrenics. Journal of Applied Behavior Analysis, Vol. 20, (1), 77-81.
- Wolpe J. (1983). Práctica de la Terapia de la Conducta. México: Trillas (4a. reimpression).