

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS Y ES-  
TRATEGIAS PARA IMPLEMENTARLOS EN UN  
SISTEMA INSTRUCCIONAL APLICADO PARA LA  
REHABILITACION DEL ENFERMO MENTAL  
HOSPITALIZADO.**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
**P R E S E N T A N**

**AURORA            ELIZONDO            HUERTA**  
**BENILDE            GARCIA            CABRERO**

**MEXICO, D. F.**

**1974**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

*A mis padres.*

*A María Corona.*

AURORA

957

*A mis padres.*

BENILDE

## PREFACIO

El establecimiento de objetivos instruccionales a partir de la investigación de las necesidades de la población, proporciona una base sólida para la elaboración de programas de entrenamiento que den como resultado un profesional capacitado para solucionar problemas reales. Esta tesis representa el primer paso hacia el desarrollo de un programa de este tipo en el área de psicología clínica. Se establecen los objetivos instruccionales del programa y se sugieren formas generales de entrenamiento y evaluación para los mismos.

No pretendemos con este trabajo, hacer una enumeración exhaustiva de las labores que puede desempeñar el psicólogo dentro de este campo, ni presentar metas novedosas a las que puede estar dirigida su actuación, más bien es nuestra intención el poner un poco de orden dentro de ese caos que ha sido la preparación profesional del psicólogo.

Queremos hacer patente nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que hicieron posible el que este trabajo se hubiese llevado a cabo; a nuestro Asesor, Lic. Roberto Alvarado el habernos propuesto el tema a desarrollar y los valiosos comentarios que hicieron posible la corrección de partes sustanciales del mismo. A la Dra. Ma. de Lourdes López Vidal, Coordinadora del Personal Médico del Sanatorio "Rafael Lavista", la valiosísima ayuda que nos prestó al permitirnos efectuar la investigación que fué la base del desarrollo de nuestro trabajo y el interés que mostró durante el transcurso del

mismo con su propia participación en algunas fases del programa de actividades. Y al Mtro. Benjamín Domínguez por las valiosas sugerencias que ampliaron nuestra visión de las posibles soluciones del problema institucional.

## INDICE

	<u>Página</u>
1. Introducción	
1.1 Una Solución al Problema Educativo por el que atraviesa la Facultad de Psicología de la U.N.A.M.	1
- Estructuración de un Sistema Aplica- do de Enseñanza y Evaluación	7
1.2 Justificación de la Inclusión de una Unidad de Clínica en el Curriculum del Psicólogo	12
1.3 Breve Historia de los Hospitales Psiquiá- tricos	17
1.4 Historia de los Hospitales Psiquiátricos en México	20
2. Técnicas para el Tratamiento de Trastornos Conductuales y para la Rehabilitación de Su- jetos Institucionalizados	25
2.1 Un análisis de la Institución Hospita- laria	26

2.2	Establecimiento de los Objetivos de un Programa de Rehabilitación	51
	- Forma de Entrenamiento	
	- Forma de Evaluación	
2.3	Presentación de un Caso como Ejemplo de la Rehabilitación de un Enfermo Mental Hospitalizado	70
3.	Apéndice: Programación del Ambiente Hospitalario	92
3.1	Establecimiento de Objetivos	93
	- Forma de Entrenamiento	
	- Forma de Evaluación	
3.2	Presentación de un Caso como Ejemplo de la Programación del Ambiente Hos- pitalario	108
4.	Gráficas	119
5.	Conclusiones	124
6.	Bibliografía	125



## I. INTRODUCCION

## INTRODUCCION

### 1.1 UNA SOLUCION AL PROBLEMA EDUCATIVO POR EL QUE ATRAVIESA LA FACULTAD DE PSICOLOGIA DE LA U.N.A.M.

Esta unidad de entrenamiento, forma parte de una serie de trabajos que se encuentran en proceso de elaboración en el departamento de Coordinación de Enseñanza de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Estas unidades representan una alternativa que pretende aliviar en alguna medida los problemas que padece nuestra Facultad. Los problemas son muchos y bien conocidos: sobrepoblación estudiantil, personal docente improvisado e insuficiente, enseñanza teórica y eminentemente verbalista, desligada de su aplicación práctica, etc.

Las soluciones tradicionales al problema de la enseñanza como son el aumento en el número de aulas, el alargamiento innecesario y desmesurado del proceso educativo, el incremento no planeado de los recursos económico y humanos, etc., no constituyen la forma más adecuada para resolver los problemas por los que atraviesa en la actualidad la Facultad de Psicología.

A continuación se presentará un resumen de la estrategia de acción elaborada por el Departamento de Coordinación de Enseñanza, del cual se desprende el trabajo de tesis aquí presentado. Esta

estrategia de acción representa una aportación de la tecnología educativa fundamentada en la Ciencia de la Conducta al remodelamiento de la función del maestro, del alumno y de la institución educativa a la solución del problema de la sobrepoblación y a la determinación de métodos de evaluación objetivos de la efectividad de los procedimientos propuestos.

"Uno de los problemas fundamentales que aquejan a la planificación universitaria de la Psicología en México, es la diversidad de enfoques incompatibles que 'coexisten' en cierta medida y de los que se deduce una carencia absoluta de especificación de objetivos profesionales que permitan establecer criterios relativamente uniformes de entrenamiento".

A nuestro modo de ver, la falla se deriva de un defecto de planteamiento. Tradicionalmente no sólo en nuestro país, se especifican vagamente, los objetivos de una carrera profesional en términos propios de la Universidad Liberal de finales del siglo XIX y principios del presente. Es decir, se considera al profesional exclusivamente en términos de ciertos requerimientos puros de la disciplina, desvinculados del contexto social en que la profesión se desenvuelve.

En otras ocasiones, la estructuración de los estudios profesionales obedece a efectos directos de la demanda del mercado, en términos definidos estrictamente por este mercado, y que causa el desarrollo de nuevas áreas aplicadas, disociadas de la metodología básica de la ciencia psicológica. Sin embargo, aún en es-

tos casos, la especificación de objetivos profesionales es ambigua y sumamente restringida, cuando no artificiosa.

El problema que ocupa nuestra atención es de doble naturaleza. Por un lado, determinar los objetivos profesionales en base a la problemática potencial que la comunidad ofrece al psicólogo, independientemente de la demanda momentánea. Por el otro, ajustar los criterios metodológicos y las posibilidades tecnológicas de la profesión a esta problemática y evaluarla críticamente en términos de sus efectos sociales a todos los niveles.

Trataremos primero lo referente a la determinación de objetivos profesionales con base a la problemática de la comunidad, la estrategia que proponemos consiste en invertir el enfoque que ha caracterizado nuestro planteamiento tradicional. En vez de definir apriorísticamente la profesión y ajustar en forma ad hoc continuamente sus objetivos con el aumento de requerimientos de la comunidad que controla la demanda, sugerimos proceder al contrario. Obviamente, existen muchas dificultades y se debe analizar con detenimiento cada una de las posibilidades que esta nueva estrategia plantea.

Es evidente que en la actualidad el psicólogo no interviene en una multiplicidad de problemas y situaciones en las que podría desarrollar una tecnología aplicada de gran efectividad. A la vez es notable observar como comparte con otros profesionales, campos que posiblemente no sean de su incumbencia directa y en los que se ubica profesionalmente por factores ajenos a la me-

metodología y técnicas de la disciplina psicológica.

El establecimiento de un sistema de instrucción aplicada, ofrece una coyuntura histórica a la psicología en nuestro país que debe ser aprovechada en forma racional. Para romper los viejos moldes de pensamiento y de trabajo profesional es necesario redefinir los objetivos profesionales de la psicología, analizando primeramente la problemática de la comunidad y canalizando nuestra metodología a la solución de estos problemas, independientemente de su jerarquía dentro de la demanda profesional presente. Para ello, es necesario muestrear los diversos problemas de la comunidad, detectarlos por zonas y analizar en qué medida, el psicólogo, como especialista en conducta humana, puede intervenir para detectarlos, resolverlos y prevenirlos. Es en este sentido en que la comunidad nos dará los criterios y objetivos profesionales definitorios del psicólogo. La metodología experimental y aplicada de la psicología los encuadrará en forma sistemática y desarrollará las técnicas requeridas para el cumplimiento de esos objetivos. En esta forma no serán los determinantes particulares de un grupo o grupos de psicólogos los que favorezcan uno u otro modo de acción, sino más bien la existencia de una realidad social que acostumbramos desconocer, pero a la que potencialmente podemos modificar positivamente a través de nuestra acción profesional.

Este cambio en la estrategia general del planteamiento profesional nos lleva, inevitablemente, a modificar los sistemas y criterios tradicionales de entrenamiento. La enseñanza no puede ser

verbalista ni restringida a aspectos puramente teóricos o prácticos desvinculados de una metodología rigurosa, sino que ahora el adiestramiento tiene que realizarse a través de unidades profesionales que constituyan la nueva universidad. Estas unidades profesionales tienen que estar ubicadas dentro de las zonas de la comunidad que presentan problemas típicos de una u otra clase en los que el psicólogo, como especialista en conducta, puede intervenir. La especificación de las unidades profesionales necesarias tiene que llevarse en términos de criterios generales amplios que toleren cierta flexibilidad de instrumentación, y que a la vez sean ricos en situaciones problema que faciliten el entrenamiento realista y experimentado de los futuros psicólogos. El psicólogo va a adiestrarse inmerso en una problemática social que la comunidad plantea constantemente, pero no de manera empírica o intuitiva sino con base en una rigurosa y efectiva metodología derivada de la experimentación del laboratorio y su implementación a situaciones reales.

Las unidades profesionales y el módulo común que proponemos están sometidos a la discusión de todos los psicólogos interesados. No creemos haber realizado una enumeración exhaustiva de situaciones problema, ni consideramos tampoco que nuestro punto de vista particular constituya la verdad última. Más bien pensamos que es un punto de partida para una discusión fructífera basada en una nueva estrategia de acción, y en la que debemos procurar no caer en los viejos vicios de antaño. Una de las unidades que se han considerado fundamentales en el contexto del sistema de instrucción aplicada, es la unidad de rehabilitación conductual (Clínica

de Conducta).

El currículum de entrenamiento de los estudiantes de psicología va a estar estructurado en términos de tres factores simultáneos: enseñanza teórico-experimental-aplicada, servicio social continuo e investigación sistemática aplicada.

A continuación enumeramos los objetivos curriculares que se establecieron para la unidad mencionada, en la inteligencia de que hay omisiones derivadas del desconocimiento producido por nuestras prácticas tradicionales.

- a) Técnicas para el tratamiento de trastornos conductuales individuales: tratamiento y evaluación.
- b) Técnicas de intervención familiar y entrenamiento a no profesionales: tratamiento y evaluación.
- c) Técnicas para el tratamiento de trastornos conductuales y para la rehabilitación de sujetos institucionalizados: tratamiento y evaluación.

... ahora es menester examinar un punto de importancia en relación a los objetivos profesionales de la psicología en nuestro país. Al concluir la enumeración de los objetivos potenciales, queda todavía pendiente una evaluación crítica de los efectos sociales que la actividad profesional del psicólogo puede acarrear.

... la programación de medios ambientes para producir cambios específicos deseados por la comunidad en un grupo determinado de

sujetos tiene implicaciones sociales de fundamental importancia. Como regla básica las técnicas de cambio conductual persiguen como objetivos concretos aquellos fines estipulados como normativos para el grupo social, o sea, los grupos minoritarios de control que dirigen y regulan el comportamiento general de la comunidad. Existe plena conciencia de que estos criterios normativos sobre la conducta son convenciones sociales que varían de una comunidad a otra y que en consecuencia, cuando el grupo minoritario de control las establece -como es la regla acostumbrada- lo que se obtienen son logros que afianzan única y exclusivamente un estado de cosas u orden social que beneficia a ese grupo de poder determinado. La valoración del uso de las técnicas de cambio de conducta nos ofrece una de las perspectivas más sólidas en las que el psicólogo como profesional comprometido puede establecer un contracontrol social. Este contracontrol social debe ser aplicado a nivel de instituciones, individuos y subcomunidades. De ningún modo el psicólogo puede ser cómplice involuntario de la perpetuación de un sistema social injusto, como la diversidad de la problemática actual lo atestigua.

#### ESTRUCTURACION DE UN SISTEMA APLICADO DE ENSEÑANZA Y EVALUACION.

El conducto de sistema aplicado de enseñanza descansa en la participación activa del estudiante en el proceso de aprendizaje. Implica por necesidad, el diseño de situaciones de enseñanza donde el estudiante desarrolle a nivel individual y de grupo, actividades perfectamente estudiadas de antemano en términos de una



jerarquía graduada de objetivos conductuales. Se descarta la posibilidad de una enseñanza tradicional, con base en un sistema verbalista de exposición, desvinculado de la actividad práctica y experimental planeada.

Igualmente se rompe con criterios administrativos de carácter cronológico, permitiendo una absoluta libertad al estudiante para avanzar de acuerdo a sus capacidades y posibilidades reales. Los sistemas de evaluación, por consiguiente, se ajustan a determinar la satisfacción completa o incompleta de una serie claramente especificada y programada de objetivos conductuales. Las clasificaciones por letra o número son sustituidas por criterios estrictamente conductuales acerca del cumplimiento de un objetivo académico.

La meta deseada es que el estudiante adquiera el 100% de los conocimientos y habilidades especificados en la totalidad de los objetivos instruccionales y no que se limite, como ocurre en la actualidad, a buscar un crédito aprobatorio cercenando a costa de ello, un porcentaje elevado de los objetivos académicos programados.

Podríamos describir en forma sumaria las características del sistema como sigue a continuación:

- 1) El estudiante participa activamente en el proceso de instrucción, incluso como maestro.

- 2) Los objetivos instruccionales se definen en términos conductuales precisos, jerarquizados y secuenciales.
- 3) El aprendizaje se efectúa a dos niveles: individual y de grupo, pero en ambos, cada estudiante ajusta su velocidad de aprendizaje a sus propias posibilidades, sin restricción temporal alguna.
- 4) La evaluación se realiza a través de la satisfacción o no satisfacción de los diversos objetivos instruccionales, los cuales deben ser cumplidos en su totalidad.
- 5) La enseñanza se programa en situaciones de grupo (unidades experimentales o profesionales) y en situaciones individuales (paquetes académicos de auto-instrucción).
- 6) El profesor participa en el proceso de enseñanza como un orientador, moderador de seminarios, supervisor práctico, tutor académico, diseñador de objetivos instruccionales y no como un simple conferencista.
- 7) No se descarta el uso eventual de conferencias y proyecciones audiovisuales colectivas, con fines de ilustración complementaria.

La implementación del sistema aplicado debe tomar en consideración la existencia de dos tipos de alumnos:

- 1) Estudiantes de tiempo, inscritos actualmente en el sistema tradicional, y
- 2) Estudiantes marginados del sistema universitario que por diversos motivos carecen del tiempo necesario para permanecer

durante periodos prolongados en las unidades académicas de la Universidad.

En ambos casos se puede utilizar un módulo común y un sistema de Instrucción Personalizada como técnica básica de enseñanza. Las ventajas del sistema de Instrucción Personalizada son las siguientes:

- 1) No requiere de la presencia física del estudiante en un aula, dado que el material está semi-preparado en unidades con ejercicios y guías de estudio.
- 2) El estudiante puede avanzar a su propia velocidad de acuerdo a sus capacidades y tiempo disponible.
- 3) El material didáctico está secuenciado de modo tal que el estudiante no puede pasar de un tema a otro sin el dominio completo del anterior. Esto evita la necesidad de seriaciones administrativas complicadas.
- 4) La evaluación se lleva a cabo a través de sistemas de entrevistas, exámenes, ejercicios, demostraciones prácticas o cualquier sistema que se adecue a la naturaleza del material didáctico particular.
- 5) Se pueden incorporar estudiantes avanzados otorgándoles créditos como tutores académicos y evaluadores de estudiantes de niveles inferiores.
- 6) Se pueden establecer reuniones periódicas de discusiones de grupo, seminarios, demostraciones prácticas y ejercicios de

laboratorio complementarias al material didáctico semi-programado. (1).

---

(1) Datos obtenidos del Documento Elaborado por el Departamento de Coordinación de Enseñanza de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. para la descripción del Sistema de Universidad Abierta.

## I.II JUSTIFICACION DE LA INCLUSION DE UNA UNIDAD DE CLINICA EN EL CURRÍCULO DEL PSICOLOGO.

Esta tesis constituye el inicio del desarrollo de una parte de la unidad de Psicología Clínica, específicamente lo referente a "Técnicas para el Tratamiento de Trastornos Conductuales y para la Rehabilitación de Sujetos institucionalizados: Tratamiento y Evaluación". En la elaboración del presente trabajo se establecieron los objetivos para el desarrollo de esta sub-unidad, así como la forma de entrenarlos y evaluarlos, de acuerdo con los criterios que establece el Departamento de Coordinación de Enseñanza ya mencionado.

Uno de los lineamientos establecidos por este departamento para el desarrollo de unidades instruccionales aplicadas, es el establecimiento de los objetivos a partir de la investigación de las necesidades reales de la población. Es importante considerar el índice de desórdenes conductuales en una población, ya que este determina en gran medida el número de profesionistas que deben prepararse para prestar la asistencia necesaria y la manera en que debe dirigirse ésta para poder proporcionar un servicio adecuado y eficiente; por otra parte, es necesario también determinar en qué medida la comunidad ha satisfecho estas necesidades.

De acuerdo con el Centro de Salud Mental las causas de las enfermedades mentales son principalmente: desnutrición, explosión demográfica, promiscuidad, analfabetismo y desempleo. Es bien sa-

bido que en la República Mexicana estos factores presentan una incidencia muy alta, por lo que es lógico suponer que el número de personas que necesitan asistencia psiquiátrica y psicológica, es muy elevado. Sin embargo los datos estadísticos proporcionados por el Centro de Salud Mental, parecen indicar lo contrario. (Gráfica 1). A simple vista, el cuadro parece indicar que la población de enfermos mentales en la República Mexicana no aumentó en el período comprendido entre los años 66-71; este dato debe tomarse con reserva, ya que la capacidad hospitalaria no mostró aumento alguno, y dado que no existen datos para rechazo por falta de capacidad, no podemos obtener una conclusión válida del mismo. Esta deducción adquiere validez al observar la gráfica referente a preconsultas (Gráfica 2), en donde vemos que el número de preconsultas en los años 70-71, supera por mucho al de los años 66-67. Asimismo, el número de camas ocupadas mostró un aumento del 16% (Gráfica 3).

Los datos que parecen mostrar en forma más clara la necesidad apremiante de asistencia profesional a la población de enfermos mentales, se presentan en la gráfica 4, que corresponde a la estimación que hizo el Centro de Salud Mental en el año de 1967 del número de pacientes existentes a esa fecha, divididos en tres categorías. La categoría que corresponde a psicosis es la que muestra la proporción más elevada; estos pacientes por el tipo de desorden que presentan, generalmente son hospitalizados, y sin embargo el número de pacientes reclusos en instituciones para el mismo año, es de solamente 3985, quedando un déficit teórico

de 63531 pacientes sin atención hospitalaria (si es que los pacientes reclusos estuviesen diagnosticados como psicóticos).

El país cuenta con las siguientes instituciones oficiales de asistencia psiquiátrica, las cuales tienen una capacidad total de 4530 pacientes como se presenta en el cuadro siguiente:

1. Hospital Psiquiátrico Campestre  
Dr. Fernando Ocaraza. Sn. Miguel  
Hidalgo Eyacalco 600 camas
2. Hospital Granja Villahermosa  
Villahermosa, Tabasco 90 camas
3. Hospital Campestre Cruz del Sur  
Reyes Mantecón, Oaxaca 160 camas
4. Hospital Campestre Cruz del Norte  
Hermosillo, Sonora 224 camas
5. Hospital Campestre Dr. Rafael Serrano  
El Batán, Puebla 480 camas
6. Hospital Campestre Dr. Adolfo M. Nieto  
Tepexpan, Edo. de México 450 camas
7. Hospital Campestre José Sáyo  
Tepexpan, Edo. de México 600 camas
8. Hospital Granja de la Salud "Tlazolteotl"  
Zoquiapan, Edo. de México 450 camas
9. Hospital Campestre Samuel Ramírez  
Moreno  
Santa Catarina Tláhuac D.F. 200 camas

10. Hospital Psiquiátrico Infantil  
Dr. Juan Navarro  
Huipulco, Tlalpan, D.F. 200 camas
11. Hospital Psiquiátrico Agudos Fray  
Bernardino Alvarez  
Huipulco, Tlalpan, D.F. 600 camas
12. Instituto Nacional de Neurología  
Tlalpan, D.F. 124 camas

Dadas las condiciones socio-económicas del país, resulta evidente que no sería posible construir las instalaciones necesarias para cubrir este déficit. Además existe evidencia en la literatura de que no es esta la mejor solución. Una solución más adecuada sería:

- a) Modificar el servicio de prevención, de tal manera que el número de pacientes que posiblemente requieren atención hospitalaria, se reduzca al mínimo, realizando así una labor profiláctica encomiosa.
- b) Crear un servicio de rehabilitación mixto en el que el paciente permanezca dentro de la institución hospitalaria el menor tiempo posible, y actuar sobre el ambiente natural del sujeto con el propósito de eliminar los factores que están manteniendo la enfermedad del paciente.
- c) Mejorar el servicio de internamiento que se reservaría únicamente a aquellos pacientes clasificados como peligrosos, que

---

Los incisos a) y b) constituyen dos unidades que se están elaborando en forma paralela al desarrollo de este trabajo.



padezcan una enfermedad crónica o que por alguna u otra razón necesiten forzosamente ser hospitalizados.

Para mejorar el servicio de internamiento, es necesario contar con datos acerca de lo que ha sido tradicionalmente la institución psiquiátrica. Esta afirmación implica la necesidad de hacer una revisión bibliográfica sobre el tema, los problemas que se han encontrado y las diversas alternativas que se han propuesto para su solución; y por último proponer una alternativa adecuada a las necesidades y recursos de las instituciones del país implementándola para obtener datos acerca de su posibilidad de aplicación y efectividad.

## BREVE HISTORIA DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

Aunque la enfermedad mental se ha conocido desde la antigüedad clásica, no se tiene noticia de la existencia de hospitales para enfermos mentales en esa época. Las curaciones se hacían en los templos ya que la enfermedad mental se consideraba como de origen sobrenatural. En el siglo XII, al enfermo mental se le creía brujo y era perseguido, torturado y quemado vivo. Se dice sin pruebas que los árabes fueron los primeros en construir hospitales para enfermos mentales, los cuales recibían el nombre de MARISTAN.

De la primera institución de que se tiene noticia es el MANICOMIO (Mania: locura; Kome: cuidado) DE VALENCIA, creado por Fray Filiberto Jofre en 1409. En el siglo XVI, se acentúa en toda Europa el movimiento de fundación de manicomios; sobre todo en Francia (Hotel Dien, Bicêtre), Alemania (Halle, Berlín), Suiza (St. Gale), Inglaterra (Bedlam, St. Luke). Pero estos manicomios no proporcionaban tratamientos científicos, la asistencia era inhumana: se encerraba, encadenaba y azotaba a los enfermos; y se le permitía al público la entrada para curiosear.

En 1792 Philippe Pinel, médico de Bicêtre, empieza a dar un mejor trato al enfermo mental, liberándolo de sus cadenas y dejándolo en libertad. En 1796 empieza en Inglaterra el sistema de renovación manicomial por iniciativa de William Tuke; por otra parte en 1800 el Dr. Benjamín Rush se esfuerza por mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales en los manicomios. En Alemania la Escuela Pinel

haya adeptos como: Langermann, Reil y Jacoby que consiguen suprimir el uso sistemático de medios de restricción mecánica para el control de los enfermos mentales en los manicomios. Se reforma también la institución manicomial creándose dos grandes divisiones, una para enfermos incurables "pfegeanstalten" y otra para aquellos con posible curación "heilanstalten".

En Estados Unidos, en 1843, una maestra de Massachusetts, Dorothea L. Dix, presentó a la legislatura de su estado una investigación sobre las condiciones de los hospitales mentales y como resultado de la misma se establecieron por lo menos treinta hospitales nuevos. En los años siguientes, el número de los hospitales aumentó considerablemente y el de pacientes de 2561 en 1840, a 74,028 en 1890.

En 1909 se funda el Comité Nacional de Higiene Mental, cuyas finalidades eran:

- a) Dar un mayor conocimiento al público de lo que se entendía por enfermedad y cuáles eran sus causas.
- b) Prevenir o diagnosticar en forma temprana la enfermedad mental y,
- c) Mejorar las condiciones de vida de los hospitales mentales.

El hospital mental moderno en Norteamérica y en Europa Occidental, se propone proporcionar una atmósfera amistosa, motivante y terapéutica. Los miembros del hospital intentan proporcionar una variedad de actividades diseñadas para ayudar a los pacientes a recuperar la salud mental. Aunque todavía existe una gran laguna entre la

práctica y la teoría en muchos hospitales, el hospital mental moderno se inclina por una política de "puertas abiertas" iniciada en Inglaterra. El término "puertas abiertas" simboliza una tendencia a dejar de lado el pabellón cerrado decidiéndose por darle al paciente libertad para moverse por el hospital, y un reconocimiento de los efectos terapéuticos de un medio ambiente protector y de apoyo, en donde todo el personal ayuda a los pacientes y éstos a su vez entre sí para recuperar la salud. (2).

---

(2) Enciclopedia Universal Ilustrada-Europea-Americana. Tomo 32.  
Ed. Espasa Calpe 1938 p. 838-860.

HISTORIA DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS  
EN MEXICO

México fué el primer país en América y uno de los primeros en el mundo que fundara un establecimiento para alojar a enfermos mentales. En el siglo XVI, recién consumada la Conquista, Bernardino Alvarez empezó a dedicarse a cuidar a estos enfermos en el Hospital de Nuestra Señora de la Concepción, hoy de Jesús Nazareno. En 1566 funda el Hospital de San Hipólito, en donde recibe y atiende a enfermos, ancianos y enajenados mentales. Años más tarde, varios eclesiásticos se unen al fundador constituyendo una congregación que se llamó: "Hermanos de la Caridad" y posteriormente de los "Hipólitos", que por muchos años se encargó de la atención de los enfermos mentales que el hospital alojaba.

No fué sino hasta un siglo después, en 1690, que José Sáyago ayudado por Dn. Francisco Aguilar y Seijas, a la sazón arzobispo de México, establece un pequeño manicomio frente a la Iglesia de Sn. Pedro y Sn. Pablo, para dar cabida a 60 mujeres dementes. Permanecen ahí, hasta que en 1700, la Congregación del Divino Salvador compra una casa en la calle de Canoa, erigiendo un hospital para enfermos mentales.

En 1843, las instituciones psiquiátricas, pasan bajo control gubernamental y ya en 1860, se empiezan a construir en provincia algunos hospitales o anexos psiquiátricos en hospitales generales. Con el nacimiento del s. XX y como una de las obras realizadas para conmemo-

rar el primer centenario de la Independencia, el gobierno del General Porfirio Díaz, inaugura el 10. de septiembre de 1910, el Manicomio General que por haber sido construído en los terrenos de la antigua Hda. de la Castañeda, se conoce a la fecha con ese nombre.

Habiéndose calculado para un cupo de 800 a 1000 enfermos, y viéndose obligado a alojar hasta 3500 pacientes, el manicomio de la Castañeda, va resultando anacrónico e insuficiente; por otra parte, los conceptos de asistencia psiquiátrica se han modificado y por ésto en 1944 se funda la Granja de Recuperación para enfermos mentales en León, Gto. Este concepto de Hospital Granja viene a modificar el sistema manicomial de tipo carcelario que durante muchos años había sido característico de los Hospitales psiquiátricos; rejas, candados y control coercitivo son abandonados, el nuevo establecimiento tiene puertas abiertas y en él, el enfermo mental encuentra una remotivación para su vida en su propio ambiente. Se da especial importancia a la terapia ocupacional y a la terapia recreativa.

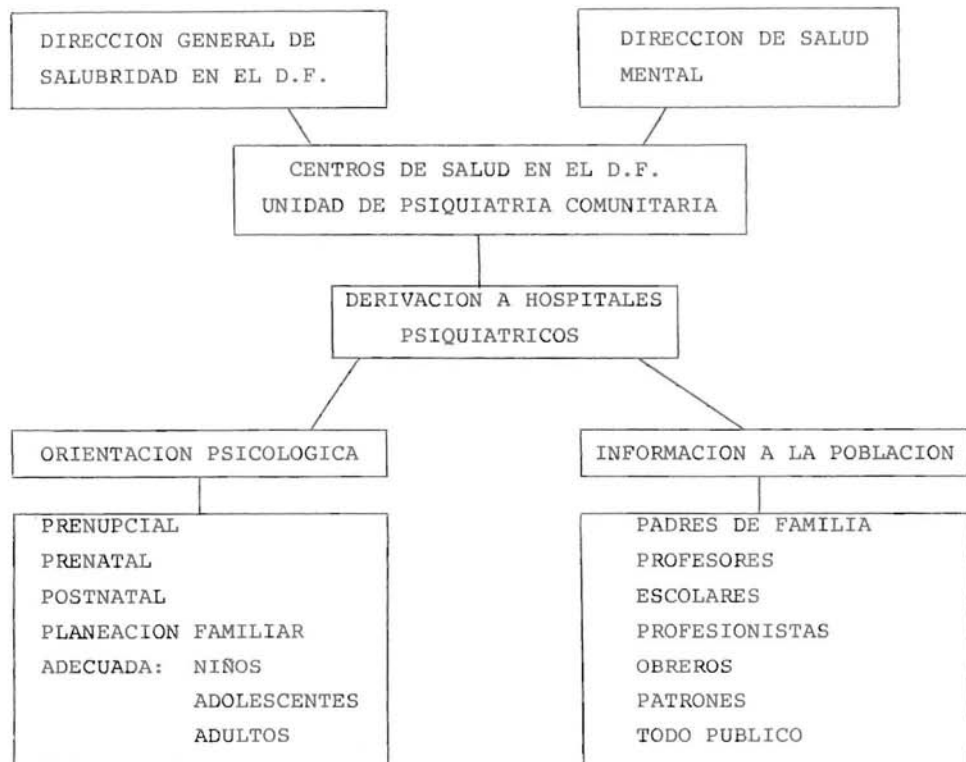
El éxito alcanzado por este primer Hospital-Granja, hizo que a partir de 1960 la Sría. de Salubridad y Asistencia, diera especial importancia a este tipo de construcciones y así vemos aparecer en orden cronológico los siguientes establecimientos:

- 1) Hospital-Granja: "Fray Bernardino Alvarez" en Tlalpan, D.F., 1960.
- 2) Hospital-Granja: "La Salud" en Zoquiapan, Edo. de México, 1961.

- 3) Hospital-Granja para enfermos mentales de Villa Hermosa, Tabasco.
- 4) Hospital Campestre: José Sáyo en Tepexpan, Edo. de México, 1962.
- 5) Hospital-Granja: "Cruz del Sur", Hermosillo, Son., 1964.

Al mismo tiempo, los gobiernos de los estados, estimulados por los brillantes resultados obtenidos con este tipo de hospitales, crean instituciones de tipo similar. En el año de 1964 se termina en Tlalpan, el Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas y la Investigación Cerebral. A la fecha, existen en la República Mexicana doce hospitales psiquiátricos dependientes de la S.S.A. y de la Dirección de Salud Mental.

Los dos cuadros que se presentan a continuación, proporcionados por la Dirección General de Salud Mental, muestran la forma de organización del Servicio psiquiátrico en México, los servicios que se propone proporcionar y los objetivos que pretende alcanzar.



\*\*\*\*\*



FORMA GENERAL PARA EL TRATAMIENTO DE  
LOS ENFERMOS QUE INGRESAN A LOS DIS-  
TINTOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS.



\*\*\*\*\*

II. TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE TRASTORNOS CONDUCTUALES  
Y PARA LA REHABILITACION DE SUJETOS INSTITUCIONALIZADOS

UN ANALISIS DE LA INSTITUCION HOSPITALARIA

La institución psiquiátrica de acuerdo con Goffman, puede considerarse como una institución total. Esta se define "como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.... Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene en síntesis tendencias absorbentes.... Esta tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambre de púas, acantilados, ríos, bosques, pantanos. La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario tres ámbitos de la vida que son: dormir, divertirse y trabajar.... Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad".(4).

La función de las instituciones psiquiátricas, a pesar de las reformas que se han intentado, sigue siendo la de custodiar y segregar a los "pacientes mentales" de la comunidad: La sociedad les ha conferido la función de resguardar al "loco" y cuidarlo, de manera que para que la institución pueda justificar su existencia, el "loco"

---

(4) Goffman, Erving. "Internados. Ensayos sobre la situación social de los Enfermos Mentales"  
Ammorrortu editores p.p. 13, 17 y 18, 1972.

tendrá que continuar en su condición, los enfermeros y psiquiatras tomarán en cuenta todas aquellas conductas que lo califiquen como anormal, mientras que aquellas conductas que podrían indicar mejora, son apenas mencionadas. Por otra parte, si partimos del hecho de que la conducta es mantenida por las contingencias del medio ambiente donde se desenvuelve, es lógico concluir que el "loco", (dentro de una institución donde los eventos ambientales que lo estimulan provienen principalmente de los otros pacientes), difícilmente se "curará".

En cierta medida podemos afirmar que la misma estructura institucional produce las conductas que trata de eliminar. Desde el momento en que el paciente ingresa a la institución, se le trata de hacer ver lo mal que está, su falta de capacidad para decidir o hacer cualquier cosa y la necesidad imperiosa de plegarse por completo a las órdenes de sus custodios. La única manera que tiene el paciente para reclamar su individualidad es rebelándose ante esta obediencia incondicionada, rebelión que es considerada como indicio innegable de su condición de paciente. El trato que se da a los "enfermos mentales" dentro de las instituciones psiquiátricas, genera una serie de actos hostiles por parte de los pacientes, los cuales "...tienen que ajustarse a unos pocos y mal urdidos recursos, tales como golpear una silla contra el suelo, o desgarrar violentamente una hoja de diario, y producir un estallido exasperante. Y cuanto más inadecuado resulte el equipo para transmitir el repudio a la institución, tanto más relieve psicótico adquiere el acto, y más justificada se siente la dirección para asignar al paciente a una sala "mala". Cuando un

paciente se encuentra recluido, desnudo y sin medios de expresión visibles, no le queda otra salida que hacer pedazos su colchón, si puede, o escribir en la pared con sus excrementos, rasgos que la dirección juzga propios de la categoría de personas que garantizan la reclusión". (5).

La institución, como Hochmann señala, (6) tiene que mantener estas conductas ya que de otra forma no se vería justificada su existencia:

"El problema que se plantea a quien la sociedad delega para cuidar a los locos es difícil de resolver. En última instancia, se trata de:

1. Mantener al loco en su locura para continuar asegurando a la razón su condición de tal.
2. Para lograrlo, entablar con este loco un diálogo mediante el cual ambos interlocutores, el desviado irracional y el cuerpo social racional encarnado en el guardián se determinen mutuamente; por lo tanto, mantener una cierta proximidad y una clara diferencia:
3. En consecuencia, preservarse de la contaminación ...  
Es preciso que el loco lo siga siendo, que el guardián siga siendo tal, pero que intercambien sin embargo, un conjunto de signos que les permitan determinarse entre sí. (Un enfermo decía: "si no fuéramos locos, ustedes no existirían").

---

(5) Goffman, Erving OP. Cit. p. 302.

(6) Hochmann, Jacques: "Hacia una Psiquiatría Comunitaria", Amorrotu editores, 1972, p. 93.

Si bien es verdad que una de las principales funciones sociales de los hospitales psiquiátricos es la de custodiar, y consiste fundamentalmente en librar a la comunidad de sus miembros indeseables, es también verdad que estas funciones no están explícitas en ninguna de las políticas expuestas por las instituciones de salud mental. En lugar de presentar así las medidas custodiales, son racionalizadas a lo largo de elaborados lineamientos médicos. Los pacientes son aceptados y dados de alta en las instituciones psiquiátricas por razones sociales más que médicas. Cumming & Cumming han hecho notar que "...la decisión para dar de alta a un paciente está relacionada a la pregunta de qué tan urgentemente es necesaria una cama". Freeman & Simmons mostraron que los porcentajes de egresados en los hospitales mentales, son diferencialmente afectados por lo que sería "la buena disposición de las familias" para tolerar diferentes tipos de perturbación. Domínguez al respecto señala "...quizá sería no muy aventurado extender el hallazgo y asumir que los mismos factores determinan la decisión de la familia por hospitalizar a sus miembros". (7). Goffman refiriéndose a este aspecto menciona: "...habrá una serie de contingencias que determinen el momento en que se le dará de alta: por ejemplo, el interés que tenga la familia en que vuelva, y la posibilidad de un empleo "asequible". (8).

La institución psiquiátrica se diferencia muy poco de las instituciones penales. Las funciones de ambas se reducen a proteger a la sociedad de los individuos "desviados" y consecuentemente a servir de

- 
- (7) Domínguez, Benjamín "El Internamiento en un Hospital Psiquiátrico como una forma de tratamiento. Antecedentes, Descripción General y Sugestiones". Mecanograma, 1970. p.6.
- (8) Goffman, Erving, Op. cit. pág. 140.

guardianes. El personal de una institución psiquiátrica no se ve así obligado a rehabilitar y curar al paciente, se preocupa únicamente por mantenerlo inactivo con el propósito de reducir las conductas disruptivas al mínimo, las más de las veces utilizando fármacos con este propósito.

Estudios llevados a cabo por Ohlin, 1956; Goffman, 1961; Domínguez, 1970; han señalado el parentesco cercano que existe entre el hospital psiquiátrico y la cárcel. Goffman al respecto nos dice que los dos establecimientos muestran ciertas semejanzas fundamentales en su estructura organizacional, en los fines y en la naturaleza de la condición de los enfermos. En los dos casos encontramos una bipolarización de sus miembros en: personal y reclusos; ambos exhiben las características extrañamente combinadas y artificiales de la comunidad cuasi-burocrática; los fines oficiales de la cárcel pueden expresarse casi en los mismos términos de los del hospital psiquiátrico: reclusión, custodia y rehabilitación ... En el caso límite, el objetivo del personal es imponer obediencia y el del recluso aprender a seguir siendo lo que es sin meterse en dificultades, o aprender mejor su descarriada profesión". (9).

Otro problema que se presenta con la institucionalización de la enfermedad mental es la "cuasi-burocratización" de la institución psiquiátrica, lo que trae consigo un aumento desproporcionado del personal administrativo con respecto al personal especializado, hecho

---

(9) Levinson y Gallagher. "Sociología del Enfermo Mental", Amorrorto Editores, 1971, pág. 35.

que va en detrimento de la atención que se da al paciente. "El hecho clave de las instituciones totales consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos indivisibles -sea o no un medio necesario o efectivo de organización social, en las circunstancias dadas-. De ello se derivan algunas consecuencias importantes:

Las personas a quienes se hace mover en masa pueden confiarse a la supervisión de un personal cuya actividad específica no es la orientación ni la inspección periódicas (como ocurre en muchas relaciones entre empleador y empleado) sino más bien la vigilancia, ver que todos hagan lo que se les ha dicho claramente que se exige de ellos, en condiciones en que la infracción de un individuo probablemente se destacaría en singular relieve contra el fondo de sometimiento general, visible y comprobado. Aquí no se juega la preeminencia entre el gran conglomerado humano y el reducido personal supervisor; están hechos el uno para el otro.

La movilidad social entre ambos estratos es sumamente restringida: la distancia social, grande casi siempre, está a menudo formalmente prescrita". (10).

Se presentan entonces en la institución psiquiátrica problemas similares a los de la institución burocrática; los fines que persigue la institución y los medios que utiliza para alcanzarlos, se ven

---

(10) Goffman, Op. cit. pgs. 20 y 21.



dificultados y algunas veces impedidos por los trámites administrativos. El paciente dentro del hospital deja de serlo para convertirse en un número más de los archivos, el personal administrativo no tiene ningún contacto con el paciente, su única preocupación es cumplir con su horario de trabajo y recibir su sueldo. Los problemas que presenta la institución psiquiátrica disminuyen a medida que los hospitales se interesen más por sus funciones terapéuticas y de rehabilitación, reduciendo su enquistamiento con respecto a la comunidad exterior y buscando nuevas maneras de fomentar la dignidad de los pacientes y del personal. (11).

Un aspecto más que debe tomarse en consideración para tratar de reducir los problemas que aquejan a la institución psiquiátrica es la estructura física de la misma. De la misma manera que los aspectos sociales de la vida institucional son utilizados para modificar y cambiar las conductas del interno, es posible diseñar y utilizar los factores espaciales como herramientas terapéuticas:

"Ya que la mayoría de los estudiantes de sociología están interesados ordinariamente en aspectos que están íntimamente relacionados con la posición, movimientos y distribución del espacio, no resulta imposible que todo aquello que concebimos como social, pueda ser descrito y construido en términos del espacio y los cambios de posición de los indivi-

---

(11) Levinson y Gallagher Op. Cit. pág. 38.

duos dentro de los límites del área natural".

(R. Ezra Park).

Doke señala que: "... probablemente es cierto que las mayores violaciones de ciertos prerrequisitos básicos para el cuidado de grupo efectivo se hallan cometido por siglos por arquitectos y diseñadores, así como por administradores y personal". (12).

Dentro de la institución, la falta de territorialidad junto con las pocas oportunidades que se tienen para "ganar status" sirven para despojar al individuo de su "auto-identidad". El mensaje tradicional de la institución es más la dominación que el cambio conductual. Se han efectuado algunos estudios en lo que se refiere a la estructura física de las instituciones psiquiátricas (13) y consideramos que es necesario tomarlas en cuenta si queremos que la institución psiquiátrica funcione en forma más eficiente.

Por lo que a tratamiento se refiere Tharp y Wetzel (14) señalan: "El modelo de enfermedad mental ha fracasado en producir una tecnología curativa que sea suficientemente confiable. Más seriamente ha

- 
- (12) "Dimensiones en la Planificación de Programas de Cuidado de Grupo". Larry A. Doke. Mecanograma traducido al español por Benjamín Domínguez, pág. 3.
- (13) Norris, David. Architecture and Mental Subnormality: The environmental needs of severely retarded. Journal of Mental Subnormality, 1969, 15 (1) 45-50. Griffin, E.; Mauritzed, J.H.; Kasmar, J.V. The Psychological Aspects of the Architectural Environment: A Review. American Journal of Psychiatry, 1969, 125 (8) 1057-1062. Izumi, K. Architectural Considerations in the Design of Places and Facilities for the Care and Treatment of the Mentally Ill. Journal of Schizophrenia, 1968: 2(1) 42-52.
- (14) Tharp, G. Roland; Ralph, J. Wetzel. Behaviour Modification in the Natural environment. Academic Press 1969 p.p. 13.

fracasado en proveer un modelo de acción útil para la empresa de ayuda en su forma más ampliamente concebida, la empresa de educación y rehabilitación. No se argumentará aquí que el modelo de enfermedad mental es "falso". Ciertamente cumple algunos de los criterios de "verdad", existe una buena medida de consistencia interna en sus posiciones, y hay muchos puntos donde las predicciones son válidas. La inadecuación del modelo reside más bien en su limitada aplicabilidad y en el sinsentido de las organizaciones cuya implementación genera".

El tratamiento hospitalario, basándose en esta concepción de enfermedad mental, de acuerdo con Deutsch, 1948 "... ha sido considerado como el mantenimiento del paciente con sobredosis de medicación y aislamiento social, aparejando con inactividad." (15). Esta inactividad, el ocio de los internos, es uno de los principales problemas de las instituciones totales y en algunas ocasiones conduce incluso a la invalidez de los internos .

"Mientras mayor tiempo permanecen los pacientes en el hospital mental más severos parecen volverse sus problemas conductuales. Uno oye comúnmente, frases como "hospitalismo" e "institucionalización" que describen un estado de apatía y carencia de motivación adquirido tras una larga estadía en el hospital mental. La comunidad del hospital está por lo general encaminada a satisfacer las necesidades biológicas y quizá, algún nivel mínimo de oportunidades recreativas; pero la relación general es una dependencia parasitaria en la cual el

---

(15) Tomado de: "El Internamiento en un Hospital Psiquiátrico como una Forma de Tratamiento - Antecedentes, descripción general y sugerencias". Domínguez, B., 1970.

paciente no necesita trabajar para obtener la mayoría, sino es que todas las actividades o privilegios que todavía pudieran interesarle". (16).

De acuerdo con Tharp y Wetzel, (17) existen dos consecuencias importantes que van a interferir con la empresa de rehabilitar al paciente, derivadas del concepto tradicional de enfermedad mental: "La primera de ellas es la gruesa deshumanización del "enfermo mental". Es vital para el psicoterapeuta hacerle ver al paciente que está enfermo, que necesita ayuda, y que por lo tanto tiene que renunciar " ... a su independencia y a su autosuficiencia ... estas prácticas son ampliamente aceptadas y se derivan consistentes y lógicamente de este modelo de desviación. La mente enferma no puede asumir responsabilidades por sí misma; debe cuidársele".

La segunda de ellas, y quizá la más importante, " ... es que las conductas socialmente prescritas para la persona enferma son esas mismas conductas del "enfermo" que requiere el tratamiento y que son a menudo antagónicas con las conductas "sanas" que se propone alcanzar el mismo". (18).

Si bien es cierto que en cualquier institución total encontramos una enumeración de los objetivos que ésta pretende alcanzar, estas metas por lo general no se cumplen: " ... según sus frecuentes declaraciones oficiales, las instituciones totales se ocupan de la rehabi-

---

(16) Ayllon, Teodoro; Azrin, Nathan. Economía de Fichas Ed. Trillas, 1974. p.p. 13-14.

(17) Tharp, Roland; Ralph, J. Wetzel. Op. cit. p. 13.

(18) Tharp, Roland; Ralph, J. Wetzel. Op. cit. p. 14.

litación del enfermo, o sea de reparar sus mecanismos autoreguladores de tal modo que al marchar se mantengan por decisión propia las normas del establecimiento ... En realidad este pretendido cambio en los internos rara vez se cumple, y aunque en ciertos casos se produce una alteración permanente los cambios no son casi nunca los que el personal se había propuesto conseguir". (19).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, podría concluirse que el ambiente hospitalario tradicional no sólo falla en el propósito de rehabilitar al paciente, sino que además interfiere con esta labor.

Si consideramos al hospital psiquiátrico como un contexto organizado para la condición de paciente, éste, de acuerdo con Levinson y Gallagher, (20) deberá cumplir las siguientes funciones:

1. La función más positiva es la de inducir cambios psicológicos en los pacientes (también en el personal). Desde este punto de vista es un sistema terapéutico educativo-correctivo. Este incómodo término compuesto es útil porque da lugar a diferentes concepciones en lo que respecta a las clases de cambios psicológicos deseados y a los medios convenientes para conseguirlos. El aspecto terapéutico, que deriva de la medicina y la psiquiatría, centra su interés en la reducción de la enfermedad y del sufrimiento. El aspecto educativo,

---

(19) Goffman. Op. cit., pág. 79.

(20) Levinson y Gallagher, Op. cit., págs. 48 y 49.

para el cual los conceptos de educación y psicología (incluida la psicología social de la familia) son los más importantes, abarca el aprendizaje y el desarrollo personal en el sentido más amplio. El aspecto correctivo se funda en el hecho de que el hospital psiquiátrico tiene mandato legal para tratar con personas "mentalmente enfermas" que hayan cometido serios delitos o que se juzgue puedan cometerlos. La corrección de tendencias hacia una conducta desviada (aunque no sea específicamente criminal) es una función sutilmente penetrante del hospital.

2. Un segundo grupo de funciones tiene origen en el carácter comunal del hospital psiquiátrico. Como ambiente de vida inclusivo (pero no siempre del todo envolvente), debe satisfacer las numerosas necesidades biopsico-sociales de sus ocupantes. En términos convencionales ésta es su función de atención. Desde el punto de vista de la psiquiatría social, lo que aquí entra en juego es el desarrollo de una comunidad terapéutica en la cual todos los aspectos de la vida comunal contribuyan a la dignidad personal y satisfagan las necesidades terapéuticas de los pacientes. Este enfoque toma mucho más en cuenta las preocupaciones tradicionales de tratamiento psiquiátrico, cuidado de enfermería y administración hospitalaria.
3. Por último, el hospital psiquiátrico tiene una función de reclusión: debe mantener al paciente legalmente confinado hasta que se le considere sano (según opinión psiquiátrica res-

ponsable) para devolverlo a la vida civil. Aquí vale destacar una pregunta: ¿hasta dónde pueden los hospitales reducir a un mínimo el aspecto confinatorio de la condición de paciente?, de acuerdo con la manera en que funcionan ahora los hospitales, éste puede ser un aspecto digno de tomarse en cuenta, pues socava las funciones más constructivas. Para la gran mayoría de los pacientes, la hospitalización podría resultar mucho más una oportunidad que una sentencia judicial y el hospital debería ser más un aliado terapéutico-educativo que un engranaje oprimente. Las tentativas de alentar el ingreso voluntario de pacientes, de crear un hospital abierto y de considerar a los enfermos participantes activos en la empresa terapéutica, son pasos en esa dirección ...

Un primer paso dirigido hacia el logro de estos objetivos sería el establecimiento de un sistema de supervisión de grupo a través de los diferentes escenarios de la institución: En resumen existe una necesidad vital de una ciencia de cuidado de grupo y de estándares con alguna base empírica ... Pero hay una ausencia general de lineamientos para la planificación e implementación de estos sistemas. (21).

Para lograr un cambio efectivo en el tratamiento de los pacientes hospitalizados, Larry A. Doke (22), señala la importancia del establecimiento de un buen programa de cuidado de grupo dentro del cual se encuentran incluidos 3 aspectos. El primero de ellos consiste en la responsividad del personal a la conducta del residente. Este aspecto se refiere a la manera como el personal actúa en respuesta a la

---

(21) Larry A. Doke. Op. cit., pág. 1.

(22) Op. cit., págs. 2 a 6.

conducta del interno. Varios estudios en escenarios de cuidado de grupo (Allen et al., 1964; Hall y Broden, 1967; Hall, Lund y Jackson, 1968; Harris et al., 1964; Hart et al., 1964 y Thomas, Becker y Armstrong, 1968): "... han demostrado que las probabilidades de ciertas conductas deseables e indispensables, pueden ser afectadas por instrucciones a los miembros del personal de manera que respondan de diferente manera según su ocurrencia o no ocurrencia. Se demostró que ciertas clases de atención contingente del personal producían incrementos en la frecuencia de conductas deseables e indeseables a las cuales seguían, mientras que otra clase de atención contingente del personal puede reducir su frecuencia".

Si la atención del personal puede cambiar la conducta del residente, ésta es una posibilidad que en la mayoría de las instituciones (en México quizá en todas) se está dejando al azar. Como el mismo Doke afirma: "No es raro ver en hospitales, guarderías, etc. por ejemplo, que los ayudantes o asistentes sonríen, acaricien, den palmaditas o hablen a los pacientes independientemente de lo que los pacientes están haciendo en el momento".

El segundo aspecto considerado por Doke es el de la "Designación de la responsabilidad del personal": "En otra dimensión para la planeación de cuidado ideal del grupo, los miembros del personal deben ser responsables especialmente de algún aspecto del programa". Una de las razones, dice el autor, para dividir la responsabilidad del personal es la ineficiencia con respecto al cuidado del residente, pero ésta no es la única razón, ya que en muchos programas sobrecar-



gados en donde no se han dividido las responsabilidades, parte del personal al cuidado del residente puede aflojar sus esfuerzos, de manera que otros miembros del personal tendrán que realizar mayor cantidad de trabajo.

Doke señala que el asignar responsabilidades al personal es de importancia debido a que: " ... es probable que las desigualdades en el trabajo propiciadas por programas en los cuales las responsabilidades no hayan sido claramente delegadas, promuevan cambios en el programa antes que las fallas en el cuidado hayan sido detectadas". El criterio que especifica el autor para la asignación de responsabilidades es que: " ... las extensiones geográficas del objeto de las responsabilidades de cualquier cuidador no excedan el área que él pueda observar". La responsabilidad de un grupo de residentes puede asignarse ya sea a un miembro del personal o a un equipo de miembros del personal. También puede hacerse sobre la base de un área determinada, una sala, pabellón, etc.

Una alternativa a la asignación a grupos de la responsabilidad de los miembros del personal, es la asignación a una actividad particular o "conjunto de esfuerzos de entrenamiento".

El tercer aspecto que considera el autor para la planificación de un programa de cuidado de grupo es el que se refiere a los: Métodos para cambiar las Actividades. Este aspecto es de capital importancia ya que como señala Doke: " ... mayores dificultades pueden surgir cuando los métodos para cambiar las actividades del residente no han sido adecuadamente especificados o coordinados con otros aspectos

tos del programa". (23). Este aspecto adquiere relevancia en el caso en que (típico en México) los residentes sobrepasen en número a los cuidadores y se pierde mucho tiempo al pasar de una actividad a otra. Bajo estas condiciones, dice el autor: " ... dar atención a procedimientos de transición más eficientes puede eliminar interrupciones largas, conductas indeseables y la necesidad de proporcionar actividades de 'relleno' inútiles".

El autor señala que los cambios de actividad pueden planearse sobre la base de su relación temporal con otros eventos. Lo anterior involucra la especificación de una contingencia, es decir, cuando se alcanzan las condiciones estipuladas (por parte de los residentes) una actividad podrá iniciarse. Los buenos programas de cuidado de grupo, de acuerdo con el autor, serán aquellos que especifiquen claramente las contingencias de cambio de actividad en los planes del programa. Algunas veces las contingencias para el cambio de actividad, sea que se hayan o no especificado, se basan en la respuesta; es decir, por lo regular un cambio de actividad (con frecuencia inadvertidamente) sigue a ciertas conductas del residente que algunas veces son conductas indeseables.

Los cambios de actividad también pueden planearse sobre la base de una "rutina"; es decir, la terminación de un evento señala la ocasión de que un nuevo evento ya programado se inicie. Otra forma de arreglo de cambio de actividad señalada por Doke siguiendo el principio de Premack, es que los materiales o el tener acceso a una actividad

---

(23) Doke, Larry A. Op. cit. p. 9.

popular se hagan contingentes sobre la participación en una actividad menos popular. Este arreglo, es suficiente para que se logre un aumento en la probabilidad de participación en la actividad menos popular.

"Las estrategias al planear las dimensiones descritas en esta revisión pueden combinarse para formar ambientes habitacionales de diferentes tipos. La combinación que proporcione un medio ambiente ideal puede ser diferente para cada institución. En vista del número de posibles combinaciones, el trabajo de ingeniería para un escenario ideal de cuidado de grupo se convierte en un presagio. Pero las consecuencias de no tomarse la molestia con la tarea son un presagio aún más grave". (24).

Si el objetivo final del tratamiento hospitalario es la rehabilitación del paciente, entendiendo por rehabilitación el que el sujeto reingrese a su ambiente natural con un repertorio conductal que le permita desarrollar una actividad productiva de tal forma que no sea una carga para la sociedad, es necesario crear un ambiente dentro de la institución que facilite la adquisición del repertorio necesario a nivel colectivo y a nivel de tratamiento individual.

Es bien sabido que gran parte de los intentos que se han hecho por mejorar la situación hospitalaria han fracasado debido a que han sido intentos aislados, no se ha reestructurado la organización hospitalaria total, es decir, no existe un engranaje planificado que

---

(24) Doke, Op. cit., pág. 11.

sirva como marco de referencia al tratamiento terapéutico, de tal manera que los cambios conductuales obtenidos se pierden por la falta de planificación dentro del ambiente.

Es necesario crear un ambiente propicio mediante técnicas de cuidado de grupo, es decir un cambio en el ambiente total del hospital, que diera como resultado que los pacientes estuvieran ocupados la mayor parte del día en actividades planificadas, a fin de reducir el ocio y producir en el hospital un medio ambiente que proporcione la oportunidad de adquirir un repertorio de conductas lo más extenso posible. Por lo tanto la planificación de actividades deberá hacerse en base a las que se desarrollan normalmente en el medio natural. Podríamos dividir estas actividades en tres áreas: 1) Trabajo, 2) Recreación, 3) Ambiente Familiar.

Para obtener datos acerca de la manera en que un paciente se adaptará a los requerimientos conductuales de ciertos ambientes, la tarea de observación (25) deberá hacerse bajo las mismas condiciones o bajo condiciones altamente similares a aquellas en que se espera que la conducta ocurra o se requerirá que ocurra en lo futuro. Deberá hacerse evidente, en forma contraria a la práctica usual, que información altamente confiable concerniente a una persona que responderá en una variedad de escenarios o situaciones no puede ser obtenida con observar a la persona únicamente en un escenario. Podemos concluir que la planificación de actividades deberá basarse en los requerimien-

---

(25) Gardner, William I., "Behaviour Modification in Mental Retardation". University of London Press hd., 1972, p. 148.

tos del medio al que reingresarán los sujetos a su salida del hospital, también en base a las exigencias del hospital; que deberá haber un asistente responsable de las mismas, de un área del pabellón o de un grupo de pacientes, y asimismo que el asistente o asistentes deberán tener un entrenamiento en administración de contingencias, de manera que su actuación ayude a alcanzar los fines del tratamiento.

Con respecto a las 3 áreas mencionadas, de trabajo, recreación y ambiente familiar, la mayor parte de las instituciones se han preocupado por desarrollar actividades correspondientes a las dos primeras, pero han dejado de lado el objetivo para el que se habían propuesto, es decir, rehabilitar al paciente, devolverlo a la comunidad y que funcione adecuadamente dentro de ella. Analizaremos a continuación las actividades que se desarrollan en cada una de estas áreas:

1. Trabajo.- Aunque el objetivo de las así llamadas terapias ocupacionales, terapias de trabajo o ergoterapias es la de readaptar al paciente en esa área, este objetivo no se cumple debido a que las características que exhiben las mismas no son las que se encuentran en los lugares de trabajo normales dentro de la comunidad. Consecuentemente, para que este objetivo se cumpla se hace necesario el reproducir en cierta medida dentro del hospital un ambiente laboral como el que se encuentra en el medio natural. Es decir, es necesario el establecimiento de un escenario adecuado donde se realicen las actividades de trabajo, la implantación de un horario de labores, la presencia de superiores y la remuneración del trabajo realizado.

Se han realizado intentos semejantes a la proposición anterior. Por ejemplo en Cuba, en el Hospital Psiquiátrico de la Habana, la ergoterapia se ha planificado de acuerdo a los siguientes principios:

1. El trabajo del paciente debe ser útil y tener sentido y finalidad.
2. Las tareas deben respetar las ideas del enfermo y no sobrepasar sus fuerzas, aunque manteniéndose en el límite superior.
3. Se imita en parte la organización escolar en forma de cinco niveles, trabajándose así en forma escalonada.
4. Se respeta la selección que el psiquiatra hace de la actividad del paciente.
5. Se evalúa periódicamente al paciente con vista a la posible promoción a cambio de actividades.
6. Se estimula al paciente teniendo en cuenta el nivel y las características del caso, llegándose en los dos últimos niveles al pago del salario.
7. Se trata de proporcionar la adaptación plena del paciente a la comunidad. Mientras no es posible se aloja al

enfermo en Centros de Rehabilitación con Albergues donde continúan recibiendo atención médica y del resto del personal. Al relacionarse con los vecinos se beneficia el paciente y se logra una mejor comprensión de la comunidad con respecto al enfermo mental". (26).

Hay que hacer notar que el éxito de estos esfuerzos depende en gran medida de que el tratamiento dentro de la institución recibe el apoyo de la comunidad exterior; todo el sistema social está organizado de tal forma que existen recintos especializados para seguir el tratamiento del enfermo fuera del hospital, se obliga a la empresa a dar trabajo a los egresados de un hospital mental, existen leyes que los protegen, etc.

En Rusia por ejemplo, la empresa donde trabaja el enfermo está obligada a seguirle pagando su sueldo mientras dure el tratamiento y a recibirlo cuando el hospital lo dé de alta, independientemente del tiempo que éste haya durado. Mientras tanto los trabajos que realiza el paciente dentro del hospital,

---

(26) Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana  
Vol. XVI No. 1, Enero - Abril, 1973.  
Págs., 161-162.

Si desea ud. ampliar la información sobre este tema, remítase a:  
Simón, Herman; tratamiento Ocupacional de los Enfermos Mentales,  
1927.

Mignagaray, José R.: Centros de Rehabilitación con Albergues.  
Trabajo presentado en la "Primera Reunión  
Nacional de Rehabilitación Médica". 1973.

son igualmente remunerados.

Existe el sistema de "apadrinamiento": cuando un paciente no tiene familiares que lo reciban, otra familia se hace cargo de él y recibe una pensión por ello. Para conceder el apadrinamiento, se hace una investigación de la familia para determinar si se encuentran o no capacitados para cuidar del paciente.

Lo anterior nos sugiere que cualquier intento que se haga por modificar el sistema institucional no tendrá éxito completo a menos que en el sistema social, económico y político se encuentre el apoyo necesario a estos esfuerzos.

A pesar de los resultados positivos obtenidos, en México la terapia ocupacional no ha sido debidamente planificada, sirviendo únicamente para distraer al paciente y reducir en alguna medida su inactividad. Más aún, lo anterior solamente sucede con los pacientes que han estado en el hospital un período relativamente corto de tiempo, ya que en el caso de pacientes cuya estadía en la institución ha sido prolongada, estas actividades ya no son de ninguna manera motivantes y consecuentemente no participan en ellas.

2. Recreación.- Un miembro "normal" de la comunidad realiza además de actividades de trabajo, ciertas actividades que se han denominado recreativas y que tienen la función de "divertir",



en el sentido de "apartarse de las presiones, cada vez mayores, que la sociedad impone a sus miembros". Cabe aquí mencionar por ejemplo al cine, teatro, televisión, la lectura, reuniones sociales, etc.

Existen otro tipo de actividades recreativas que además de divertir sirven al propósito de conservar al cuerpo en buenas condiciones físicas, hablamos aquí de los deportes en general.

"El agobio de arrastrar interminablemente un tiempo muerto explica, tal vez, el alto valor concedido a las llamadas actividades de distracción, deliberadamente desprovistas de carácter serio, pero capaces de inspirar un interés y un entusiasmo que sacan al paciente de su ensimismamiento y le hacen olvidar momentáneamente la realidad de su situación ... Esta actividad puede ayudar al individuo a soportar la tensión psicológica habitualmente provocada. Por desgracia, a la insuficiencia de estas actividades, se debe precisamente uno de los más importantes efectos de privación, propios de las instituciones totales. En la sociedad civil, el individuo acorralado en alguno de sus males sociales, siempre encuentra alguna oportunidad para escaparse hasta un lugar bien protegido y permitirse una tregua mediante el cine, televisión, radio o lectura. Estos materiales suelen ser menos que inaccesibles en una institución total, sobre todo en la etapa que sigue inmediatamente al ingreso. A la vez cuando más se ne-

cesitan estos puntos de apoyo, más difícil puede resultar conseguirlos". (27).

Una forma de implantar este tipo de actividades dentro de la organización hospitalaria, sería la propuesta por Larry A. Duke (28). Desde luego que cada institución presenta diferentes características y éstas van a determinar en gran medida el tipo de estrategia que se utilice.

3. Ambiente Familiar.- Dentro de esta área incluiremos las conductas que un miembro de una familia desarrolla comúnmente dentro de ella, es decir las habilidades de autocuidado y el repertorio social necesario para que una persona funcione adecuadamente en su medio natural. Es necesario que el hospital proporcione la oportunidad de que el paciente adquiera este repertorio (si es que no lo posee ya) o que lo emplee adecuadamente para que su regreso a la comunidad se efectúe en forma exitosa. Un ejemplo de las conductas que deben establecerse en los pacientes incluye las siguientes:

- |                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Vestirse                 | 6. Lavarse las manos y la cara |
| 2. Comer en la mesa         | 7. Bañarse                     |
| 3. Controlar sus esfínteres | 8. Cepillarse los dientes      |
| 4. Peinarse                 | 9. Sonarse la nariz            |
| 5. Amarrarse los zapatos    | 10. Hacer la cama.             |

---

(27) Goffman, Erving Op. cit. p.p. 77-78.

(28) Duke A. Larry Op. cit.

Por otra parte es necesario establecer un programa de tratamiento individual. En lo que se refiere al tratamiento a utilizar con cada paciente no se propondrá aquí una solución única, es decir un sólo tipo de terapia. En lo único en que se hará énfasis es en que cualquier terapia que se utilice deberá dirigirse a producir cambios positivos en la conducta del paciente. Con esto queremos decir que la terapia debe dirigirse al establecimiento y/o incremento de conductas adaptivas y a la eliminación de conductas desadaptativas. Un sujeto estará adaptado en la medida en que el repertorio conductual que presente sea aceptado por el medio ambiente al que reingrese. (Esta definición implica un problema ético que el psicólogo promotor del cambio tendría que resolver).

Este planteamiento nos sugirió la necesidad de establecer los objetivos de esta sub-unidad a dos niveles:

En primer lugar el establecimiento de un ambiente propicio dentro del hospital que facilite la labor terapéutica del especialista, de tal manera que los cambios logrados no se pierdan por la falta de planificación del ambiente. (El rearrreglo de la situación hospitalaria que se llevó a cabo durante el curso del presente trabajo y los objetivos que surgieron a partir de su implementación, se presentan más adelante en forma de apéndice).

En segundo lugar el establecimiento de un programa de rehabilitación individual para superar los déficits conductuales del paciente. A continuación se presentan los objetivos que corresponden a este se-

gundo nivel, la forma de entrenarlos y evaluarlos, así como un caso que ejemplifica la implementación de los pasos incluidos en este programa, en un escenario natural.

#### ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS

OBJETIVO TERMINAL: Al término de esta unidad de entrenamiento, el estudiante será capaz de rehabilitar a un paciente hospitalizado dado, entendiéndose por rehabilitación, el que el paciente se reincorpore a la comunidad habiendo adquirido una serie de destrezas que le permitan funcionar adecuadamente en las áreas de trabajo, recreación y ambiente familiar, una vez que haya sido dado de alta. Para ello, el alumno deberá:

1. Evaluar el Problema: Determinar el Repertorio Real del Paciente en:
  - 1.1 Su Ambiente Natural, en las áreas de:
    - a) Trabajo
    - b) Recreación
    - c) Ambiente Familiar
  - 1.1.1 Entrevistas: abiertas o cerradas.
  - 1.1.2 Revisión del Expediente.
  - 1.1.3 Revisión del Reporte del Departamento de Trabajo Social.
  - 1.1.4 Establecimiento de Categorías Conductuales en Términos Operacionales.
- 1.2 En el Contexto Hospitalario, en las áreas de:
  - a) Trabajo

- b) Recreación
  - c) Ambiente Familiar
- 1.2.1 Registros
  - 1.2.2 Establecimiento de Categorías Conductuales en Términos Operacionales.
2. Establecer un Esquema Conductual en Términos del Repertorio Conductual Ideal del Paciente, de acuerdo con el Objetivo General de Rehabilitación.
- 2.1 Elaborar un Esquema Tentativo que contenga:
    - 2.1.1 Conductas a Establecer.
    - 2.1.2 Conductas a Incrementar.
    - 2.1.3 Conductas a Eliminar.
    - 2.1.4 Conductas que no requieren Modificación alguna.
  - 2.2 Discusión del Esquema con:
    - 2.2.1 El Paciente.
    - 2.2.2 Familiares directamente relacionados con el Paciente.
    - 2.2.3 El Médico Responsable.
  - 2.3 Determinación Final del Esquema Conductual Ideal.
3. Implementar un Diseño para Establecer el Esquema Conductual propuesto, en el Paciente.
- 3.1 Determinación del Nivel Inicial.
    - 3.1.1 Registro de Línea Base.

- 3.1.2 Graficación de Datos.
  - 3.1.3 Análisis Funcional de los Datos.
  - 3.2 Definición de Variables.
  - 3.2.1 Variable Independiente.
  - 3.2.2 Variable Dependiente.
  - 3.3 Implementación del Procedimiento de Intervención para:
    - a) Incrementar
    - b) Establecer
    - c) Mantener
    - d) Generalizar
    - e) Reducir
    - f) Decrementar
    - g) Eliminar
  - 3.3.1 Registro del Procedimiento de Intervención.
  - 3.3.2 Graficación de Datos.
  - 3.3.3 Análisis Funcional de los Datos.
4. Evaluar
- 4.1 El Procedimiento.
  - 4.2 La Conducta Terminal.
5. Llevar a cabo el Seguimiento.
- 5.1 Contínuo.
  - 5.2 Muestreo Temporal.

1.- Evaluación del Problema: Determinación del Repertorio Real del Paciente en:

1.1 Su Ambiente Natural, en las áreas de:

- a) Trabajo
- b) Recreación
- c) Ambiente Familiar

Para llevar a cabo un Programa de Intervención con un paciente hospitalizado, es necesario tener antes una visión general del problema; esto es, determinar cuáles son las conductas adaptativas, desadaptativas y los déficits conductuales, así como el contexto donde se presentan. Las áreas de trabajo, recreación y ambiente familiar, incluyen la totalidad de conductas que realiza un miembro "normal" de la comunidad. Si queremos que el paciente regrese a su ambiente natural y funcione adecuadamente en el mismo, es necesario tener datos de su actual funcionamiento en esas tres áreas para determinar la dirección del cambio que se propone realizar. Estos datos pueden ser obtenidos a través de:

1.1.1 Entrevistas: abiertas o cerradas con:

- a) El Paciente
- b) El Médico Responsable del Caso
- c) Familiares directamente relacionados con el Paciente
- d) Otros (jefes, subordinados, compañeros de trabajo, amigos).

Es recomendable que las entrevistas que se realicen sean

de tipo cerrado, pudiendo utilizar para este propósito un cuestionario que contenga preguntas tendientes a investigar la actividad del paciente en su ambiente natural. Se puede hacer un recuento de los repertorios que el paciente necesita para funcionar en forma adecuada en las áreas de trabajo, recreación y ambiente familiar. El procedimiento sería demandar al entrevistado si el paciente posee o no y en qué medida estos repertorios. Al final se puede incluir una pregunta abierta para investigar aquellos puntos que el entrevistado considera no fueron tocados por el cuestionario.

Una forma de agregar información a los datos obtenidos mediante las entrevistas es:

1.1.2 Revisión del expediente, y

1.1.3 Revisión del Reporte del Departamento de Trabajo Social.

La revisión del expediente del paciente, nos puede proporcionar datos acerca de la historia previa del paciente, las posibles causas de su padecimiento, la evolución que ha sufrido el mismo y la forma en que el paciente interactúa con los elementos de su medio ambiente, es decir, familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc., todo ello visto a través del paciente.

Por otra parte, la revisión del reporte del Departamento de Trabajo Social, cuando éste está bien elaborado, nos



puede proporcionar información valiosa con respecto a las condiciones de vida del paciente.

Hay que hacer notar aquí que los datos correspondientes al ambiente natural del paciente no pueden ser obtenidos a través de una observación directa, ya que el paciente se encuentra confinado dentro del hospital; empero, deben ser obtenidos con mucha minuciosidad ya que de ellos depende en gran medida que el repertorio conductual que el paciente adquiera dentro del hospital, le permita reincorporarse exitosamente a la comunidad.

Después de haber obtenido estos datos es necesario el:

- 1.1.4 Establecimiento de categorías conductuales definidas operacionalmente, de manera que los datos se muestren en forma esquemática y objetiva.

Los datos obtenidos del ambiente natural deben ser complementados con datos objetivos obtenidos:

- 1.2 En el Contexto Hospitalario, mediante:
  - 1.2.1 Registros
    - 1.2.1.1 Anecdóticos
    - 1.2.1.2 Inespecíficos

De acuerdo con Gardner, para obtener datos acerca de la manera en que un paciente se comporta y de la manera en que se adaptará a los requerimientos conductuales de

ciertos ambientes, la tarea de observación deberá hacerse bajo las mismas condiciones o bajo condiciones altamente similares a aquellas en que se espera que la conducta ocurra o se requerirá que ocurra en lo futuro. De ahí la necesidad de crear un ambiente dentro del hospital que presente actividades altamente similares a las que se encuentran en el medio natural, en sus tres áreas: Trabajo, Recreación y Ambiente Familiar. (Ver apéndice).

Cuando no se pueden llevar a cabo registros confiables acerca de la actividad del paciente dentro del hospital, es recomendable ampliar la información mediante entrevistas con el paciente, el médico responsable, con los asistentes u otros pacientes que estén en contacto con él.

En este paso del programa, se hace necesario, igual que en el punto anterior,

- 1.2.2 Establecer categorías conductuales en términos operacionales, para presentar los datos en forma objetiva.

#### FORMA DE ENTRENAMIENTO:

En caso de que el estudiante no tenga entrenamiento para realizar entrevistas se le proporcionará la información teórica mediante un paquete didáctico de auto-instrucción que contenga la información relevante para el cumplimiento de este objetivo. Después se puede pasar a un entrenamiento motor en el contexto hospitalario, en el que

el estudiante ejecutará la conducta en presencia del instructor y éste le dará retroalimentación inmediata a la emisión de la respuesta dada por aquél, para un paciente X.

En lo que se refiere al entrenamiento del estudiante en la toma de registros, existe una unidad denominada Teórico-Experimental que deberá haber sido cubierta por el alumno previamente.

#### FORMA DE EVALUACION:

De acuerdo con los lineamientos planteados para la evaluación dentro de este Sistema Institucional, para considerarse que el alumno ha alcanzado el objetivo deberá entregar por escrito un reporte que contenga las siguientes características:

- a) Nombre del Paciente Seleccionado.
  - b) Resultado de las Entrevistas.
  - c) Resumen de los datos contenidos en el expediente.
  - d) Resumen del Reporte del Departamento de Trabajo Social.
  - e) Establecimiento y definición operacional de las categorías conductuales encontradas en las áreas de Trabajo, Recreación y Ambiente Familiar para los dos contextos.
- 2.- Establecimiento de un esquema conductual en términos del repertorio conductual ideal del paciente, de acuerdo con el objetivo general de rehabilitación.

Si nuestro objetivo terminal es la rehabilitación del paciente

a través de la adquisición de un repertorio que le permita funcionar adecuadamente en su ambiente natural, debemos determinar, a partir de los datos obtenidos, cuál es el repertorio idóneo para el paciente.

Con los datos obtenidos acerca del repertorio real del paciente dentro del contexto hospitalario, y los extraídos de su medio ambiente natural, es posible diseñar un:

2.1 Esquema tentativo que contenga:

2.1.1 Conductas a establecer.

2.1.2 Conductas a Incrementar.

2.1.3 Conductas a eliminar.

2.1.4 Conductas que no necesitan modificarse, y que idealmente conducirá a su rehabilitación. Se habla aquí de un esquema tentativo porque antes de que se decida finalmente implantarlo en el paciente es conveniente discutirlo tanto con el paciente, los familiares directamente relacionados con él como con el médico responsable, ya que éstos pueden proporcionar datos acerca de la adecuación de las conductas seleccionadas y agregar conductas que no se tomaron en consideración y que estas personas desean se adquieran.

FORMA DE ENTRENAMIENTO:

Debido al tipo de respuesta que se pide en este objetivo, es decir

verbal textual, el entrenamiento consistirá en la emisión de la respuesta por parte del estudiante y la retroalimentación inmediata por parte del instructor acerca de la adecuación de la misma. Se recomienda para ello, la formación de grupos de discusión. La consecución exitosa del objetivo anterior le permite al estudiante contar con los datos necesarios para elaborar el esquema tentativo que se requiere para cubrir el presente objetivo.

#### EVALUACION DEL OBJETIVO:

Para considerar que el objetivo ha sido alcanzado, el estudiante deberá presentar un esquema con la enumeración y descripción de las conductas a: Establecer, Incrementar, Eliminar en el paciente seleccionado, así como aquellas que no deberán sufrir modificación alguna. Su reporte deberá estar basado en los datos obtenidos en la evaluación del problema, en la discusión del esquema con los interesados y de acuerdo con el objetivo general de Rehabilitación.

### 3.- Implementación de un diseño para establecer el esquema conductual, en el Paciente.

Después de haber determinado el esquema conductual se debe proceder a implantarlo en el paciente, a través de un diseño experimental que nos permita determinar la dirección y efectividad del cambio, y los factores responsables del mismo.

#### 3.1 Determinación del Nivel Inicial:

##### 3.1.1 Registro de Línea Base.

3.1.2 Graficación de Datos.

3.1.3 Análisis Funcional de los Datos.

La determinación del nivel inicial, también llamado repertorio de entrada, nivel operante, etc., es sumamente importante porque:

1. Permite evaluar si el sujeto posee el mínimo necesario de conducta para desarrollar el programa, y si no sucede así, aplicar programas que establezcan repertorios antecedentes, y
2. Permite igualmente evaluar en términos cuantitativos, el progreso que se logra en la consecución de los objetivos conductuales del programa.

Existen tres clases de Línea Base:

1. Simple
2. Concurrente
3. Múltiple

En lo que a registro propiamente dicho se refiere, existen varios tipos; dependiendo de la característica conductual que nos interese medir, seleccionaremos algunos de los siguientes:

1. Registro Continuo
2. Registro de Eventos
3. Registro de Duración

4. Registro de Intervalos
5. Registro de Tiempo-Muestra
6. Registro de Placheck.

Para tener una visión de conjunto de los datos obtenidos durante el procedimiento, es necesario hacer una:

- 3.1.2 Graficación de Datos, de manera tal que se pueda observar en ella el nivel inicial de la conducta, y si durante la aplicación del procedimiento y la evaluación del mismo, la conducta sufrió algún cambio y en qué dirección.

Después de la presentación Gráfica de los datos es necesario hacer un:

- 3.1.3 Análisis Funcional de los Datos.

Este punto es importante porque nos puede indicar qué variables independientes podemos manipular en nuestro diseño para obtener cambios más efectivos, y en qué forma deben manipularse.

Una vez terminado el registro de línea base y especificado los estímulos que anteceden y siguen a la conducta blanco, se debe proceder a:

- 3.2 Definir Variables
  - 3.2.1 Variable Independiente
  - 3.2.2 Variable Dependiente

Este paso del procedimiento representa uno de los factores clave

dentro de la implementación del procedimiento, ya que para efectuar un cambio conductual controlado y que pueda afirmarse que tal o cual factor es el responsable del mismo, es imprescindible tener una definición precisa del factor manipulado y de la conducta sobre la cual se medirán sus efectos.

Habiendo reunido todos los datos anteriores, se hace posible:

3.3 Llevar a cabo un Procedimiento de Intervención para:

- a) Incrementar
- b) Establecer
- c) Mantener
- d) Generalizar
- e) Reducir
- f) Decrementar, o
- g) Eliminar una o varias conductas.

Estas técnicas de intervención, sirven a tres propósitos generales:

a) Establecer, b) Incrementar y c) Eliminar conducta(s). Existen diversas técnicas específicas para lograr estos efectos conductuales. Como ejemplos de técnicas utilizadas para la adquisición (establecimiento) de conductas dentro de la tecnología operante, tenemos:

1. Reforzamiento Positivo
2. Reforzamiento Negativo
3. Moldeamiento
4. Imitación.



En el caso de que el efecto conductual deseado sea el de incrementar, a este propósito sirven técnicas tales como:

1. Reforzamiento Intermitente
2. Control de Estímulos
3. Reforzadores Condicionados
4. Encadenamiento
5. Generalización de Estímulos.

Cuando lo que se pretende es eliminar una conducta, se pueden utilizar los siguientes procedimientos:

1. Extinción
2. Tiempo Fuera de Reforzamiento
3. Castigo Positivo
4. Estímulos Aversivos Condicionados
5. Reforzamiento de Conductas Incompatibles
6. Castigo Negativo
7. Saciedad.

Los datos presentados en forma gráfica únicamente nos indican si la conducta sufrió o no algún cambio, empero, si queremos establecer una relación funcional entre la variable independiente y la variable dependiente, debemos realizar un:

### 3.3. Análisis Funcional de los Datos.

#### 3.3.1 Registro durante el Procedimiento de Intervención.

Se deben tomar registros de la conducta seleccionada durante el procedimiento de intervención para observar los

cambios que se realizan en la misma. El procedimiento de registros debe ser el mismo que el de la línea base para que los datos sean válidos.

Después de haber hecho un registro del procedimiento de intervención, es necesario hacer una:

- 3.3.2 Graficación de los Datos y un
- 3.3.3 Análisis Funcional de los Datos.

#### FORMA DE ENTRENAMIENTO:

Para lograr satisfactoriamente este objetivo, el estudiante deberá haber cubierto la unidad teórico experimental, mencionada anteriormente. El entrenamiento necesario para que las respuestas adquiridas previamente por el estudiante, se generalicen al escenario natural, en este caso, la institución hospitalaria, es el de realización de prácticas con la supervisión directa del instructor. En este punto sería conveniente el dar a los alumnos lecturas adicionales, proyecciones y conferencias acerca de la forma en que se han implementado diversos programas de rehabilitación dentro de instituciones similares.

#### FORMA DE EVALUACION:

Para considerar que el alumno ha alcanzado el objetivo, deberá entregar un reporte por escrito que contenga los siguientes datos acerca del paciente seleccionado:

- a) El Nivel Inicial de la conducta seleccionada, mediante la

presentación de una gráfica.

- b) Análisis Funcional de los Datos.
- c) Definición Operacional de las Variables Dependiente e Independiente.
- d) Descripción del Procedimiento utilizado.
- e) Demostración del Cambio Conductual obtenido, mediante la presentación de una gráfica.
- f) Análisis Funcional de los Datos Obtenidos.

El procedimiento de intervención no puede darse por terminado si no realizamos una:

#### 4. Evaluación

Este paso debe llevarse a cabo a dos niveles:

4.1 Evaluación del Procedimiento de Intervención, que puede efectuarse mediante:

4.1.1 Reversión

4.1.2 R.D.O.

4.1.3 Reforzamiento No Contingente

4.1.4 Líneas Base Concurrente y Múltiple

Este paso es decisivo en un programa de rehabilitación ya que nos permite determinar experimentalmente si la variable independiente fué la responsable del cambio en la conducta seleccionada.

Por otra parte, es necesario hacer una:

4.2 Evaluación de la Conducta Terminal, que puede llevarse a

cabo mediante:

4.2.1 Sondeos

4.2.2 Pruebas

Este paso se lleva a cabo con el propósito de determinar si la conducta se ha estabilizado, es decir, si por su permanencia se ha desarrollado de la manera prevista por el programa.

FORMA DE ENTRENAMIENTO:

De igual forma que para el objetivo anterior, el entrenamiento consistirá en la aplicación de los principios adquiridos por el alumno en la unidad teórico-experimental, al escenario institucional. La práctica llevada a cabo por el alumno será supervisada por el instructor, en este punto se recomiendan lecturas adicionales sobre la forma en que se evalúan este tipo de procedimientos y su posterior discusión en grupo, con la inclusión del caso llevado a cabo por cada uno de los estudiantes.

FORMA DE EVALUACION:

El estudiante deberá entregar un reporte escrito con las gráficas correspondientes anexadas en donde indique:

- a) El procedimiento de evaluación seleccionado para la conducta terminal y los resultados de dicha evaluación.
- b) El procedimiento seleccionado para evaluar el programa y los

resultados de dicha evaluación.

La evaluación final del programa no puede decirse que ha concluido hasta que no se obtengan datos de que la conducta terminal adquirida se mantiene al pasar del ambiente prostético al ambiente natural. Una forma de obtener estos datos, es mediante un:

#### 5.- Seguimiento

El seguimiento puede efectuarse a través de dos formas de registro:

5.1. Continuo

5.2 Muestreo Temporal

Lo más recomendable es tomar los dos tipos de registro, primero registrando en forma continua durante un tiempo igual o semejante al utilizado para el registro de línea base, y después hacer observaciones intermitentes por un período relativamente largo de tiempo.

#### FORMA DE ENTRENAMIENTO:

El entrenamiento se realizará de igual forma que para los objetivos anteriores, incluyendo de igual manera lecturas adicionales sobre el punto, las cuales serán discutidas en forma de seminario, conjuntamente con el análisis de los casos estudiados.

FORMA DE EVALUACION:

El estudiante deberá presentar un reporte escrito con una gráfica anexada, en donde indique el procedimiento de seguimiento utilizado y demuestre que la conducta del sujeto se mantiene a través del tiempo dentro de su medio ambiente natural.

PRESENTACION DE UN CASO COMO EJEMPLO DE LA REHABILITACION DE UN ENFERMO MENTAL HOSPITALIZADO.

1.- EVALUACION DEL PROBLEMA: Determinación del Repertorio Real del Paciente en:

1.1 Ambiente Natural, en las áreas de:

- a) Trabajo
- b) Recreación
- c) Ambiente Natural

Se decidió tomar el caso del paciente J.M. como ejemplo de la implementación de este modelo de rehabilitación. El paciente había ingresado al hospital hacía tres semanas y estaba diagnosticado como Esquizofrénico de tipo paranoide.

1.1.1 Entrevistas: abiertas y/o cerradas con:

- a) El paciente
- b) El médico responsable del caso
- c) Familiares directamente relacionados con el paciente
- d) Otros (amigos, jefes, subordinados, etc.)

1.1.2 Revisión del Expediente

1.1.3 Revisión del Reporte del Departamento de Trabajo Social

1.1.4 Establecimiento de categorías conductuales en términos operacionales.

En lo referente al punto de realizar entrevistas, este sub-objetivo no se cubrió en su totalidad ya que la única persona que

pudo entrevistarse fue el médico responsable. El paciente se encontraba en un grado de confusión tal que no era posible obtener datos confiables a partir de una entrevista con él. Los familiares fueron citados al hospital en repetidas ocasiones, pero no acudieron a ninguna de las citas. Una estrategia más que podría haberse utilizado para obtener datos acerca del medio natural del paciente era el acudir al medio natural del mismo y entrevistar a las personas relacionadas con él en ese contexto. Dado los objetivos que se perseguían con la presentación de este caso y las limitaciones de recursos y de tiempo por parte de las autoras del presente trabajo, no se agotó este recurso. Los datos proporcionados por el médico responsable durante la entrevista sostenida con él, no agregaron nada nuevo a lo que éste había escrito en el expediente del paciente, por lo que la información obtenida se encuentra contenida en el paso siguiente.

#### Revisión del Expediente:

J. M. era un paciente de edad aproximada de 26 años, soltero, con domicilio situado en una colonia populosa de la ciudad de México. Sin ocupación. Inicia su padecimiento hace aproximadamente ocho años, los síntomas preeminentes eran la tendencia al aislamiento y el insomnio. Desde hace cuatro años presenta ideas delirantes de referencia, de daño y perjuicio; "la gente piensa que soy un ratero". Desde hace dos años ha tenido varios intentos de suicidio. Una primera ocasión a través de la ingestión de gran número de pastillas, sin especificar. La segunda ocasión ocurrió



hace un año de igual modo. Hace dos meses intentó ahorcarse, hace una semana abrió los tanques de gas.

La madre informa que la casa donde habitan cuenta apenas con los servicios indispensables, está mal ventilada y presenta cierto grado de hacinamiento y promiscuidad. El padre del paciente falleció cinco meses atrás. El paciente ocupa el cuarto lugar de una familia de cinco. Inicia su vida escolar a los nueve años de edad, cursa hasta el cuarto año de primaria con aprovechamiento regular. Abandona los estudios por problemas económicos. Inicia su vida laboral a los trece años de edad como comerciante ambulatorio de juguetes hasta hace ocho años en que inicia su padecimiento actual. El núcleo familiar se encuentra bien organizado.

El paciente describe a su madre como una persona de carácter fluctuante con preferencia y sobreprotección para él. Las relaciones entre hermanos las describe como satisfactorias. Se refiere con cierto gusto a la lectura. Usa lentes oscuros con el fin de evitar que sean vistos sus ojos ya que su mirada es 'babosa' y causa en quien la mira que siente que él lo mira 'feo'. Trae dos tiras de tela adhesiva en los surcos nasogenianos a los cuales se refiere el paciente que son para evitar que sean vistas las arrugas de anciano que posee.

Observaciones del Médico: El paciente presenta lenguaje congruente y coherente. Es concretista, con bloqueos, disártico en oca-

siones y parcialmente orientado. El juicio y la autocrítica se encuentran distorsionados. El paciente está desaseado y muestra una actitud pasiva. Acepta su internamiento demandando estudios especializados para comprobar el poder de su mirada, a más de una operación de la cara que haga desaparecer las arrugas que lo avejentan.

Nota: A la edad de 16 años sufrió un traumatismo por caída de aproximadamente cuatro metros de altura, perdió el conocimiento durante tres horas, aproximadamente.

DIAGNOSTICO: Esquizofrenia de tipo paranoide.

Establecimiento de Categorías Conductuales:

En este caso no se llevó a cabo este punto por considerarse que los datos eran insuficientes y se decidió esperar hasta obtener datos en el contexto hospitalario a fin de que las categorías conductuales establecidas tuvieran validez.

1.2 Evaluación del Problema en el Contexto Hospitalario, en las áreas de:

- a) Trabajo
- b) Recreación
- c) Ambiente Familiar

1.2.1 Registros

1.2.2 Establecimiento de Categoría conductuales en términos operacionales.

El paciente J.M. pertenecía a un grupo piloto que participaba en actividades planeadas que cubrían las áreas de Trabajo, Recreación y Ambiente Familiar; ésto facilitó la determinación de su repertorio real en estas tres áreas:

a) Area de Trabajo:

La actividad laboral se llevaba a cabo de las 10:00 a.m. a las 11:00 a.m. y el paciente realizaba las siguientes tareas:

1. Efectuar operaciones matemáticas con medidas monetarias y de peso.
2. Determinar el peso de diferentes productos en una báscula.
3. Realizar operaciones simuladas de compra-venta.

Se tomó un registro anecdótico del comportamiento del paciente en ésta área, a partir del cual se establecieron las siguientes categorías conductuales:

REPERTORIO SOCIAL: Se define como conducta social, a toda aquella que es reforzada por la mediación de otras personas.

1. Proximidad: Que un sujeto se acerque a otro y se mantenga a una distancia cercana.
2. Retraimiento: Que un sujeto esté alejado de otros y se mantenga a cierta distancia física del resto en situación de aislamiento.
3. Verbalización  
Respondiendo: Que un sujeto emita respuestas vocales ante

las demandas vocales de un interlocutor.

4. Ignorar a otros pacientes:

No responder a la iniciación de contacto físico, social o verbal que intente otro paciente. (Se distingue del Retraimiento en que éste describe una situación en la que el sujeto se aparta activamente, mientras que, en la categoría que ahora nos ocupa, el sujeto simplemente no responde).

5. Agresión verbal:

Conducta verbal que por su contenido, produzca efectos visibles en otro sujeto.

REPERTORIO LABORAL: Se define como todas aquellas conductas que se exigen dentro de un escenario de trabajo.

6. Cumplimiento del horario establecido:

Que el sujeto permanezca dentro del área de labores el tiempo que se le requiera.

7. Mantenimiento del escenario laboral en buenas condiciones:

Que el sujeto emita conductas tendientes a limpiar el local, ordenarlo y no causar daños en su estructura física.

8. Cumplimiento del Nivel de Ejecución Establecido:

Que el sujeto cumpla, en cantidad y en calidad, con el trabajo encomendado.

REPERTORIO DE APOYO: Se definen como las precurrentes necesarias para la aplicación de cualquier programa de intervención.

9. Seguimiento de Instrucciones:

Que el sujeto responda ante un estímulo verbal (mando) en la forma adecuada.

10. Imitación Generalizada:

Que la respuesta del sujeto contenga las siguientes características: a) que exista semejanza entre su conducta y la del modelo; b) que exista una relación temporal entre estas conductas, y c) omisión de instrucciones para que se efectúe la conducta.

11. Discriminación: Que el sujeto responda diferencialmente ante las características físicas (auditivas, visuales y táctiles) de diferentes estímulos.

b) Area de Recreación:

Esta área estaba cubierta por las siguientes actividades:

1. Ejercicio Físico. De 11:00 a.m. a 12:45 p.m.

2. Esparcimiento: De 16:00 a 18:00 hrs.

a) Lectura

b) Cine

c) Juegos de salón

Se tomó un registro anecdótico a partir del cual se obtuvieron las siguientes categorías conductuales:

REPERTORIO SOCIAL: (Definido anteriormente)

A las categorías encontradas en el área de trabajo se agregó la siguiente:

12. Juego Paralelo: Conducta de juego, en la que el sujeto puede estar o no junto a otros, pero en la que el reforzamiento producido por la actividad no depende de una interacción entre ellos: Mersearse en el columpio.

REPERTORIO DE APOYO: (Definido anteriormente)

Presentaba las mismas conductas que en el área de trabajo.

c) Area de Ambiente Familiar:

En ésta área se realizaban las siguientes actividades:

1. Aseo completo: de las 8:00 a las 8:30 a.m.
2. Realizar en forma adecuada las tres comidas del día.

A partir del registro anecdótico se establecieron las siguientes categorías:

REPERTORIO DE AUTOCUIDADO: Todas aquellas respuestas relacionadas con el arreglo y cuidado personal del sujeto.

13. Vestirse: Que el sujeto, sin la ayuda de otras personas, se ponga la ropa adecuadamente.

14. Comer en la mesa: Sentarse correctamente en la silla, no usar los dedos, no jugar con la comida.
15. Control de Esfínteres: (Diurno y Nocturno). No orinar ni defecar en la ropa o en la cama.
16. Peinarse: Que el sujeto, por sí mismo, se arregle el pelo.

REPERTORIO DE APOYO: (Definido anteriormente).

Presentaba todas las conductas definidas en las otras áreas.

REPERTORIO SOCIAL: (Definido anteriormente).

No se encontró ninguna categoría nueva.

2.- ESTABLECIMIENTO DE UN ESQUEMA CONDUCTUAL EN TERMINOS DEL REPERTORIO CONDUCTUAL IDEAL DEL PACIENTE, DE ACUERDO CON EL OBJETIVO GENERAL DE REHABILITACION.

- 2.1 Elaborar un esquema tentativo que contenga:
- 2.1.1 Conductas a Establecer
- 2.1.2 Conductas a Incrementar
- 2.1.3 Conductas a Eliminar
- 2.1.4 Conductas que no requieren modificación alguna
- 2.2 Discusión del Esquema con:
- 2.2.1 El Paciente
- 2.2.2 Familiares directamente relacionados con él.

2.2.3 Médico responsable

2.2.4 Otros (amigos, jefes, subordinados, etc.).

En este caso el esquema tentativo del repertorio conductual para nuestro paciente quedó como sigue:

Nota: (Se definirán únicamente aquellas categorías conductuales que no se encontraban en el repertorio real del paciente).

- a) Conductas a Establecer
- b) Conductas a Incrementar
- c) Conductas a Eliminar
- d) Conductas que no necesitan modificarse

Area de Trabajo:

REPERTORIO DE APOYO:

- 1.- Seguimiento de Instrucciones (d)
- 2.- Imitación (d)
- 3.- Discriminación (d)
- 4.- Atención (a)

REPERTORIO ACADEMICO:

- 5.- Ejecución adecuada de operaciones matemáticas (b)
- 6.- Ejecución de operaciones con pesas y medidas (b)

REPERTORIO SOCIAL:

- 7.- Contacto físico positivo (a)



- 8.- Proximidad (b)
- 9.- Retraimiento (c)
- 10.- Verbalización respondiendo (d)
- 11.- Ignorar a otros pacientes (c)
- 12.- Agresión Verbal (c)
- 13.- Verbalización iniciada (a). Que el sujeto emita conductas vocales ante la presencia de otros sujetos, adecuadas al escenario y al interlocutor, y que sea el primero en emitir la conducta.
- 14.- Conducta cooperativa: Que el sujeto ayude a otros a la consecución de un mismo fin.

REPERTORIO LABORAL:

- 15.- Cumplimiento del horario establecido (d)
- 16.- Mantenimiento del escenario en buenas condiciones (b)
- 17.- Cumplimiento del Nivel de Ejecución Establecido (b)

Area de Recreación:

- 18.- Juego paralelo (b)
- 19.- Juego cooperativo: (a) Que el sujeto emita una conducta en la que el reforzamiento dependa de la interacción simultánea de dos o más sujetos.
- 20.- Conducta de afecto (a) Que el sujeto emita conductas altamente reforzantes para el sujeto receptor y que presentan características emocionales.

Area de Ambiente Familiar:

REPERTORIO DE AUTOCAUIDADO.

21. Vestirse (d)
22. Comer en la mesa (d)
23. Control de esfínteres (d)
24. Peinarse (d)
25. Aseo completo (a)

Nota: Cuando una conducta que era necesaria en dos o más áreas no se encontraba mencionada en alguna de ellas era debido a que la conducta se presentaba en ambos contextos y se consideró innecesaria su repetición.

La discusión del esquema con el paciente nos proporcionó los siguientes datos:

El paciente deseaba ser dado de alta en fecha próxima y adquirir ciertas habilidades para poder trabajar en la tienda de abarrotes propiedad de la familia. El paciente emitió respuestas verbales psicóticas tales como: "quiero que me operen de la cara para que me quiten los minisurcos que me hacen más viejo", "necesito un casco y unos lentes para que las radiaciones que me salen de la cabeza y de los ojos no molesten a los demás". Este tipo de respuestas que se encontraban contenidas en el expediente no se habían vuelto a presentar durante todo el programa de intervención y por lo tanto no se habían incluido ni en el repertorio real, ni en el esquema tentativo de conductas para el paciente. Esta categoría fué agregada más tarde.

Aparte del repertorio laboral, el resto del esquema no tenía interés para el paciente, este dato acerca de las preferencias del paciente por los programas a implementar representa un dato muy valioso en la secuencia u orden de repertorios a establecer en el paciente.

Por lo que respecta a la discusión del esquema con los familiares del paciente, no se tiene dato alguno ya que no fue posible entrevistarlos.

El médico responsable estuvo de acuerdo con el esquema propuesto e hizo hincapié en la necesidad de establecer como primer paso el repertorio social en este paciente.

El esquema propuesto no sufrió modificaciones esenciales, lo único que se hizo fué agregar una categoría más a eliminar: Verbalización Psicótica; definida como respuestas vocales fuera de contexto.

### 3.- IMPLEMENTAR UN DISEÑO PARA ESTABLECER EL ESQUEMA CONDUCTUAL PROPUESTO, EN EL PACIENTE.

#### 3.1 Determinación del Nivel Inicial

##### 3.1.1 Registro de Línea Base

##### 3.1.2 Graficación de Datos

##### 3.1.3 Análisis Funcional de los Datos

#### 3.2 Definición de Variables

##### 3.2.1 Variable Independiente

### 3.2.2 Variable Dependiente

### 3.3 Implementación del procedimiento de Intervención para:

- a) Incrementar
- b) Establecer
- c) Mantener
- d) Generalizar
- e) Reducir
- f) Decrementar
- g) Eliminar

#### 3.3.1 Registro del Procedimiento de Intervención

#### 3.3.2 Graficación de Datos

#### 3.3.3 Análisis Funcional de los Datos

Para implementar el esquema conductual propuesto se decidió proceder por pasos; la respuesta de Verbalización Iniciada fué seleccionada para dar un ejemplo de la forma en que puede ser cubierto este objetivo. Se seleccionó esta categoría, debido a que por una parte, los datos obtenidos acerca del ambiente natural del paciente, nos indicaban que esta conducta era de capital importancia para el tipo de trabajo que el paciente podía desempeñar en la comunidad. Por otro lado, es bien sabido que el repertorio verbal es fundamental en la socialización del individuo. Dado que una de las características básicas de este paciente era el retraimiento, se esperaba que al incrementar esta clase de respuesta (Verbalización Iniciada) necesariamente debería decrementarse el aislamiento del paciente dado que ambas respuestas son incompatibles.

Se tomó una línea base múltiple, mediante un registro de tiempo muestra.

Se registraron dos categorías conductuales verbalización iniciada y retraimiento. Este registro se llevó a cabo durante una semana de las 9:00 a 10:00 a.m. La hora de registro se dividió en intervalos de 5', al iniciarse el cuarto minuto se registraba si las conductas blanco estaban ocurriendo. Estuvieron presentes dos observadores y la confiabilidad se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

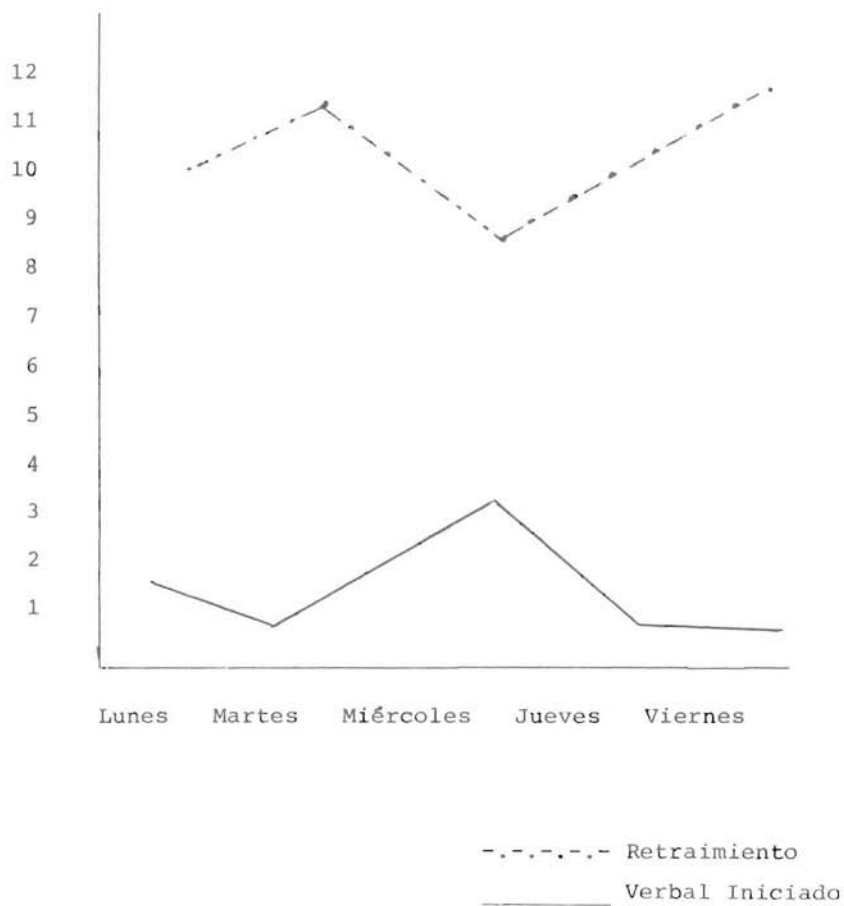
acuerdos

---

acuerdos + desacuerdos

La confiabilidad promedio para esta semana fué de .98.

En la hoja siguiente se presenta una gráfica que contiene los datos obtenidos durante el registro de Línea Base.



El registro anecdótico nos proporcionó datos acerca de los eventos antecedentes y consecuentes de las categorías encontradas. En lo que se refiere a la respuesta de verbalización iniciada, se encontró que el paciente sólo la emitía en presencia del médico responsable, generalmente estas respuestas se referían al hecho de que el paciente quería ser dado de alta, amenazaba con hacerse daño si no se le dejaba salir, etc. El médico daba siempre respuestas evasivas tales como: "cuando estés bien", "ya pronto", "ya veremos", etc. En cuanto a la conducta de retraimiento, no existía un estímulo discriminativo evidente que controlara su aparición ni un evento consecuente que no fuese la propia emisión de la respuesta.

Los datos obtenidos en el registro anecdótico y en la línea base (mostrados en la gráfica anterior), nos sugirieron que la categoría conductual definida como verbalización iniciada, debía extenderse e incrementarse; mientras que la categoría de retraimiento debía ser eliminada.

En este diseño, la variable independiente seleccionada para efectuar un cambio en la conducta de verbalización iniciada, que había sido definida anteriormente como: la emisión de una respuesta vocal compuesta de tres o más palabras ante la presencia de otro sujeto, adecuada al contexto y al interlocutor y que no hubiese sido instigada por éste último, fué la aprobación social que quedó definida como: cualquier frase de alabanza a la respuesta verbal emitida por el paciente. Por ejemplo, decirle: "muy bien", "eso está muy interesante", etc.

El objetivo terminal de nuestro procedimiento era incrementar la respuesta seleccionada (verbalización iniciada) la cual debía generalizarse a otros estímulos, es decir, el paciente debía emitir verbalizaciones iniciadas no sólo ante la presencia del médico, sino ante cualquier otra persona.

Los datos obtenidos durante el período de evaluación del problema mostraban que el paciente tenía en su repertorio la conducta de apoyo denominada seguimiento de instrucciones; se decidió entonces utilizar este repertorio como ayuda para implementar el procedimiento.

Descripción del Procedimiento.- Este programa se llevó a cabo durante las sesiones de discusión del periódico que se realizaban de lunes a viernes de 9 a 10 a.m. Los pacientes contaban con media hora para leer los diarios antes de la discusión de los mismos.

A los participantes de esta actividad, exceptuando al paciente J.M., se les dieron las siguientes instrucciones: Ustedes habrán observado que J.M., durante las sesiones de discusión, permanece aislado y no participa en ellas a menos que se le haga alguna pregunta. Queremos que él participe como ustedes y les vamos a pedir que nos ayuden. Cada vez que J.M. inicie la conversación, ustedes deberán mostrarse interesados en ella, haciendo comentarios y aprobando lo que dice utilizando frases tales como: "Qué interesante está eso", "Qué bien", "A mi también me gustó eso", etc.



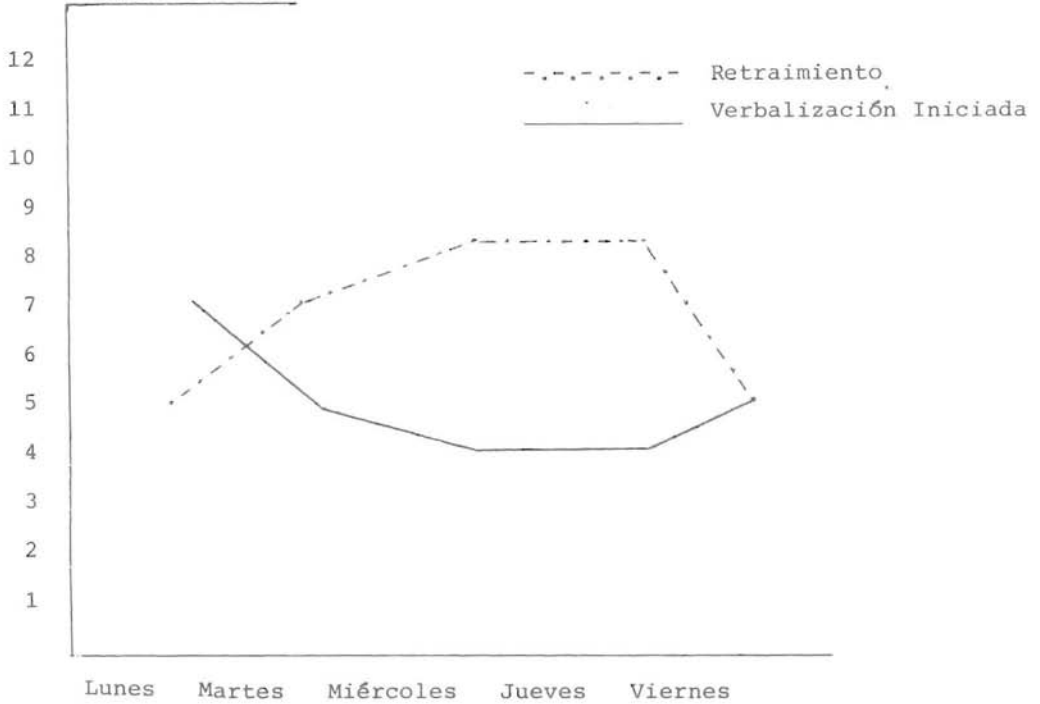
Por otra parte, al paciente se le dieron las siguientes instrucciones: 'Queremos que participes más en la discusión del periódico, haciendo comentarios acerca de lo que has leído, preguntando a tus compañeros o a nosotras mismas si algo no has entendido'.

El objetivo de introducir a los otros pacientes en el procedimiento de intervención era el de obtener la generalización de la respuesta, de manera que los experimentadores no tomaran control sobre la misma.

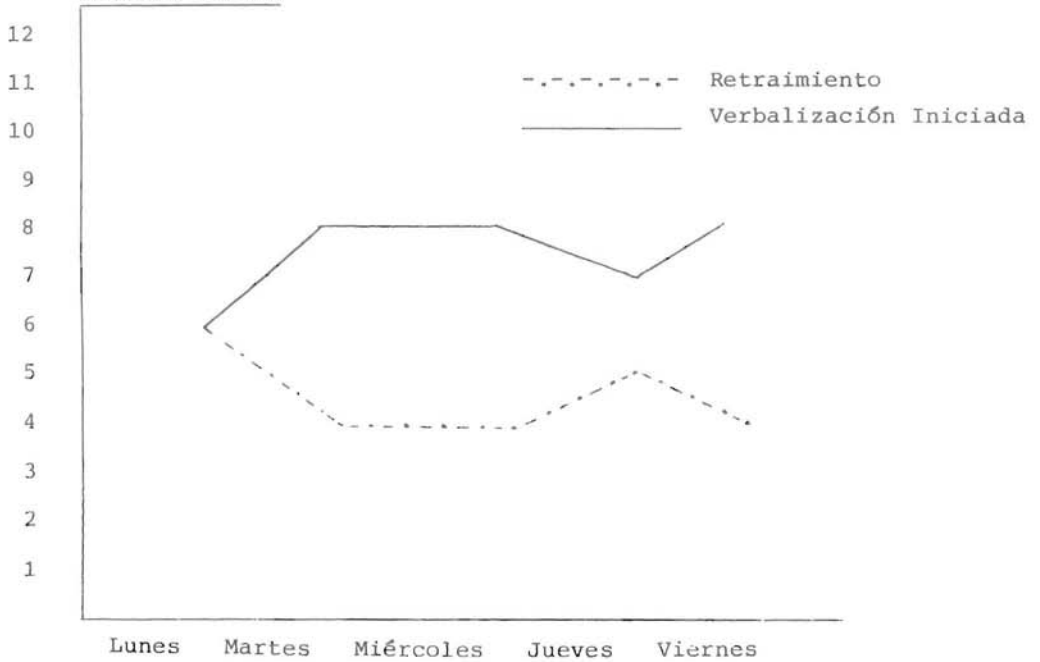
El procedimiento se llevó a cabo durante dos semanas. Las instrucciones al paciente J.M. se dieron únicamente el primer día de la intervención, pretendiendo con ello que la respuesta no quedara bajo control instruccional sino bajo control del reforzador social. Como ya se mencionó antes, la instrucción se utilizó únicamente como estímulo instigador. A los demás pacientes se les repetía diariamente la parte de la instrucción que aparece subrayada.

Los resultados para las dos semanas de intervención se presentan en las gráficas siguientes:

PRIMERA SEMANA



SEGUNDA SEMANA



#### Análisis Funcional de los Datos:

Los datos nos muestran un incremento considerable en la frecuencia de la conducta seleccionada, después de la aplicación de la variable independiente. Por otro lado, se hace patente el hecho de que el reforzamiento de una respuesta incompatible disminuye en frecuencia a su contraria, este es el caso de la conducta de retraimiento para J.M. El considerable aumento en la frecuencia de la respuesta durante el primer día de intervención, probablemente se debió a que el sujeto estaba bajo control instruccional, ésto parece confirmarse con los datos obtenidos en los tres días subsecuentes, en que la frecuencia de la conducta decreció. A partir del 4o. día de intervención, la conducta mostró un incremento gradual en frecuencia, lo que parece indicar que el reforzador social fué el responsable del cambio.

#### 4. EVALUAR

##### 4.1 La Conducta Terminal

##### 4.2 El Procedimiento

En nuestro programa, este objetivo no se alcanzó, debido a que el paciente fué dado de alta a petición de su familia. En el caso de que se hubiera cubierto este paso, utilizando una reversión por ejemplo, por lo que a evaluación del procedimiento se refiere, lo primero que debió haberse hecho hubiera sido eliminar el reforzador social, que en este diseño era la va-

riable independiente. Si nuestro procedimiento había sido llevado a cabo en forma adecuada, la eliminación del reforzador social hubiera conducido a un decremento en la conducta de verbalización iniciada. Si nuevamente se hubiera introducido la variable independiente y se hubiese observado un nuevo incremento en la frecuencia de la respuesta, podría asegurarse sin lugar a dudas que el procedimiento de intervención fué efectivo y que en realidad la variable independiente fué la responsable del cambio.

Si para evaluar la conducta terminal se hubiese seleccionado un método de sondeo, los pasos a seguir hubiesen sido los siguientes: Suprimir el reforzamiento y observar si se produce algún cambio en su ejecución. Si la conducta se pierde o se ve interferida por el sondeo, significaría que había que regresar en el programa a un punto previo, a fin de volver a establecerla de manera firme y desvanecer progresivamente el reforzamiento.

5. LLEVAR A CABO EL SEGUIMIENTO:

5.1 Contínuo

5.2 Muestreo Temporal

Este punto no pudo llevarse a cabo debido a que el procedimiento de intervención no fué terminado.

III. APENDICE

## PROGRAMACION DEL AMBIENTE HOSPITALARIO

OBJETIVO TERMINAL: Al término de esta unidad de entrenamiento, el alumno será capaz de programar el ambiente hospitalario de manera tal que se facilite la labor terapéutica y de rehabilitación. Para ello, el alumno deberá:

- 1.- Evaluar la Situación de la Institución Hospitalaria
  - 1.1 Delimitar el Espacio Físico
  - 1.2 Determinar el Número de:
    - 1.2.1 Pacientes
    - 1.2.2 Personal
  - 1.3 Determinar las actividades que se realizan dentro de la Institución:
    - 1.3.1 Los pacientes
    - 1.3.2 El personal
  - 1.4 Determinar las posibilidades que ofrece la Institución en cuanto a:
    - 1.4.1 Presupuesto
    - 1.4.2 Disposición al Cambio
  
- 2.- Determinar las actividades que deben establecerse dentro del Hospital, de acuerdo con el Objetivo General de Rehabilitación, en las áreas de:

- a) Trabajo
- b) Recreación
- c) Ambiente Familiar

2.1 Establecer los objetivos terminales de cada una de las actividades incluidas en el programa.

2.2 Determinar la Técnica para el Cambio de Actividad

2.3 Implementar Sistemas Motivacionales

3.- Establecer un Programa de Cuidado de Grupo

3.1 Entrenar al Personal en Técnicas de Manejo de Grupo

3.2 Asignar responsabilidades al personal. (En forma individual o colectiva)

3.2.1 A un área

3.2.2 A una actividad

4.- Evaluación del Procedimiento

1.- Evaluar la Situación de la Institución Hospitalaria:

Para llevar a cabo en forma exitosa un programa de rehabilitación en una institución dada, es necesario determinar en forma objetiva cuál es la situación actual de la misma, con el propósito de determinar si existen o no problemas dentro de ella, en qué áreas se presentan y la posible causa de los mismos.

Para familiarizarse con la situación reinante, es necesario

antes que nada

- 1.1 Delimitar el Espacio Físico, ya que éste va a determinar en gran medida el tipo de actividades que se realizan o que se pueden realizar dentro de la institución.

Para determinar el espacio físico con que se cuenta, se puede

- a) Hacer un recorrido por el hospital, y/o
- b) Obtener un plano del inmueble

Lo más recomendable es cubrir los dos puntos para tener una idea cabal del escenario donde se trabaja.

Una vez que se conoce el espacio físico con que se cuenta, debemos

- 1.2 Determinar el número tanto de:
  - 1.2.1 Pacientes, como de
  - 1.2.2 Personal

El número de pacientes determina la proporción de asistentes que deberán entrenarse para que las funciones de los últimos, se desarrollen en forma adecuada. Por otra parte, son un índice que debe tomarse en consideración para



determinar la clase de actividades que pueden planificarse, para grupos grandes, pequeños, etc.

El personal no especializado, existente dentro de una institución psiquiátrica es sumamente importante en la labor terapéutica debido a que es quien mayor interacción mantiene con el paciente (más que el personal especializado). Debido a la casi imposibilidad de contar con personal bien entrenado y suficiente en número, se hace necesario investigar con cuánto personal se cuenta dentro de la institución para poder determinar la posibilidad que existe de entrenarlos, de manera tal que sean instrumentos positivos en la labor de rehabilitación.

Estos datos se pueden obtener a través de:

- 1) Entrevistas con el Jefe de Personal
- 2) Obtención de datos del Departamento de Estadística o
- 3) Un recuento directo

Una vez cubiertos estos requisitos, debemos:

- 1.3 Determinar las actividades que se realizan dentro de la Institución, tanto
  - 1.3.1 Los Pacientes, como
  - 1.3.2 El Personal

Idealmente las actividades que se realizan dentro de una

institución psiquiátrica, deben estar encaminadas a la facilitación de la labor terapéutica y rehabilitativa; debemos pues, determinar en qué medida las actividades dentro de la institución ayudan u obstaculizan el cumplimiento del objetivo de rehabilitación. En este punto deben incluirse tanto las actividades que realizan personal y pacientes, como el tipo y cantidad de interacciones que se dan entre ambos grupos, ya que sólo de esta manera podemos determinar la dirección del entrenamiento que recibirá el personal.

La obtención de datos puede hacerse mediante:

- a) Una entrevista con el Jefe de Personal u otra persona enterada
- b) Un registro

Datos precisos acerca de este punto, sólo se pueden obtener a través de la segunda posibilidad ya que la primera es muy imprecisa; el jefe de personal puede proporcionar datos acerca del número de asistentes y de las labores que teóricamente desempeñan, pero éstas pueden muy bien no estarse llevando a cabo, la única manera de comprobarlo, es tomando un registro. Por otra parte, datos acerca de la interacción (tipo y cantidad) entre asistentes y pacientes, por lo general no pueden ser obtenidos en forma precisa a través del procedimiento de entrevista. Por lo

tanto, lo más acertado es avocarse a la segunda posibilidad.

Por último, para poder dar por terminada la evaluación de la situación hospitalaria, es necesario:

- 1.4 Determinar las posibilidades que ofrece la Institución en cuanto a
  - 1.4.1 Presupuesto y
  - 1.4.2 Disposición al Cambio

Para cualquier programa que se pretenda implementar dentro de una institución dada, es necesario contar con un presupuesto, por reducido que éste sea. Es preciso tener datos acerca de los recursos económicos con que cuenta la institución para éste propósito, ya que este factor, así como la disposición de la institución al cambio, van a determinar el tipo de programas que se pueden implementar dentro de la misma.

Estos datos pueden obtenerse a través de: entrevistas con el personal administrativo (Director de la Institución, Dueño, Coordinador, etc.).

#### FORMA DE ENTRENAMIENTO:

En el caso de que el estudiante no posea la información necesaria para realizar entrevistas, se le deberá remitir a la bibliografía

correspondiente y después deberá realizar prácticas dirigido por el instructor.

Por lo que a registro se refiere, el estudiante deberá haber cursado una unidad anterior que le haya permitido adquirir este repertorio.

El estudiante deberá emitir este tipo de respuestas (realización de entrevistas y toma de registros) en el contexto hospitalario, en donde recibirá retroalimentación inmediata por parte del instructor acerca de la adecuación de sus respuestas.

#### FORMA DE EVALUACION:

El estudiante deberá entregar un reporte por escrito que contenga los datos obtenidos acerca de:

- a) El espacio físico con el que cuenta la Institución
  - b) El número de pacientes y de personal dentro de la misma
  - c) Actividades que realizan pacientes y personal, indicando el tipo y cantidad de interacciones que se efectúan entre ambos.
  - d) El presupuesto con el que cuenta la institución para desarrollar programas de rehabilitación
  - e) La disponibilidad de la institución al cambio
- 2.- Determinar las actividades que deben establecerse dentro del Hospital, de acuerdo con el Objetivo General de Re-

habilitación.

Se hace necesario establecer una planificación de actividades dentro de la institución que vaya dirigida al objetivo que hemos establecido como central: la rehabilitación del paciente. Si la serie de conductas que un paciente presenta dentro del hospital se dejan al azar, existe una gran probabilidad de que el repertorio que se le establezca no sea el que le permita regresar a su comunidad y funcionar adecuadamente dentro de ella. Hemos mencionado anteriormente que en la mayoría de las instituciones psiquiátricas no existen actividades planificadas dirigidas a la rehabilitación del paciente; las pocas que existen no sirven más que para distraerlo un poco y no tienen relación alguna o muy poca con la que el medio exigirá al paciente de regreso a su comunidad. La mayor parte del tiempo, el paciente se encuentra ocioso dentro de la institución, hecho que contribuye en muchos casos a la depresión, nerviosismo, y a la generación de angustia por la falta de gasto de energía. Con estas consideraciones, se hace evidente la necesidad de planificar actividades adecuadas a los pacientes, a su repertorio, a las exigencias de su medio, y considerar las posibilidades de su implementación dentro de la institución en la que se encuentran. Estas actividades deben cubrir las áreas de trabajo, recreación y ambiente familiar, ya que éstas cubren la totalidad de conductas que como habíamos mencionado antes,

realiza un miembro "normal" de la comunidad.

Dado que existen grandes diferencias individuales en el grupo de sujetos que se encuentra recluido dentro de una institución en un momento dado, es necesario establecer actividades que tengan un amplio grado de flexibilidad, de manera tal que se puedan hacer modificaciones dentro de las mismas de acuerdo al repertorio que presenten los pacientes.

Una vez que se han establecido actividades que cubran el horario total de la institución debemos:

- 2.1 Establecer los Objetivos Terminales para cada una de las actividades incluidas en el programa.

Esto nos permite establecer en forma objetiva las conductas que se espera que el paciente emita en cada uno de los escenarios. Una vez que hemos cubierto estos dos pasos, podemos

- 2.2 Determinar la Técnica para el Cambio de Actividad.

Es necesario especificar los criterios que deberán cumplir los pacientes para permitir que pasen de una actividad a otra; con esto eliminamos interrupciones largas, conductas indeseables y la necesidad de proporcionar actividades de relleno inútiles.

Los cambios de actividad pueden planearse con respecto a su relación temporal con otros eventos, establecer un sistema de contingencias o mediante la utilización del Principio de Premack. Estas estrategias para el cambio de actividad no representan una enumeración exhaustiva de las posibilidades de acción para este punto, sin embargo representan alternativas viables para el escenario seleccionado.

El establecer actividades planificadas dentro de la institución pone de manifiesto la necesidad de:

- 2.3 Implementar Sistemas Motivacionales para asegurarnos que los internos van a participar en las mismas. Habrá muchas actividades que no sean reforzantes para los pacientes, lo que reditúa en un porcentaje de participación muy bajo. Debido a que nuestro objetivo al cubrir este punto pretende que los pacientes participen en todas las actividades establecidas dentro de la institución, debemos implantar procedimientos que les proporcionen reforzadores, de manera tal que garanticemos la asistencia de los internos a las mismas.

#### FORMA DE ENTRENAMIENTO:

En lo que al inciso 2 se refiere se le proporcionará al estudian-

te una unidad de autoinstrucción que contenga material relevante sobre planificación de ambientes institucionales. El entrenamiento motor se llevará a cabo dentro del contexto hospitalario bajo la supervisión directa del instructor, quien proporcionará retroalimentación continua a los alumnos.

Para cubrir los incisos 2.1, 2.2, 2.3 el estudiante deberá haber cursado previamente la unidad Teórico-Experimental. El entrenamiento motor se hará de igual manera que en el inciso 2.

Se recomiendan lecturas adicionales sobre las diversas planificaciones que se han hecho en otras instituciones psiquiátricas similares para su posterior discusión en forma de seminario.

#### FORMA DE EVALUACION:

El estudiante deberá entregar un reporte por escrito donde indique:

- a) Las actividades planeadas, con su horario correspondiente y los lugares seleccionados para efectuar cada una de ellas.
- b) Los Objetivos Terminales para cada una de las actividades incluidas en el programa.
- c) La Técnica para el Cambio de Actividad seleccionada y la Descripción de su implementación.
- d) El o los Sistemas Motivacionales utilizados.

Hecho ésto el estudiante contará con gran parte del material para:



3.- Establecer un Programa de Cuidado de Grupo.

Esto implica el hecho de:

3.1 Entrenar al Personal no Especializado en Técnicas de Manejo de Grupo

Generalmente en un programa de rehabilitación es indispensable contar con la ayuda del personal no especializado de la institución, ya que como habíamos mencionado anteriormente, es quien interactúa con mayor frecuencia con los pacientes (después de los otros pacientes).

El entrenamiento al personal no especializado incluye el manejo de técnicas tales como:

- a) Instrucciones Concretas
- b) Lecciones de entrenamiento en relación a las conductas que se esperan de ellos
- c) Demostraciones
- d) Sesiones de Reforzamiento Verbal
- e) Sistemas de Indicios
- f) Discusión General de los Fines y Esbozos de los Procedimientos
- g) Adiestramiento sobre cómo Observar y Registrar Conducta
- h) Tareas de Lectura

De nueva cuenta queremos hacer énfasis en el hecho de que

no se han enumerado todas las alternativas posibles para el cumplimiento de este sub-objetivo.

Otro punto esencial para el establecimiento de un buen programa de cuidado de grupo es la:

### 3.2 Asignación de Responsabilidades al Personal

Los miembros del personal deben ser especialmente responsables de alguna parte del programa, ya que de no hacerse así, parte del personal puede aflojar sus esfuerzos en el cuidado, requiriendo que otros miembros del personal, asuman mayor cantidad de trabajo, reduciéndose de esta manera su efectividad.

La asignación de responsabilidades puede hacerse a través de dos criterios:

3.2.1 A un Area: Este criterio implica el hecho de que las extensiones geográficas del objeto de la responsabilidad de cualquier cuidador, no excedan el área que él pueda observar.

Al personal se le puede asignar una sala, un pabellón, los dormitorios, comedores, etc.

Una alternativa a la asignación por áreas de la

responsabilidad del personal, es la asignación:

### 3.2.2 A una Actividad de los Pacientes

La división del trabajo puede basarse en roles ocupacionales, en fases del programa o en algunas combinaciones de estos.

#### FORMA DE ENTRENAMIENTO:

Al estudiante se le proporcionarán paquetes de auto-instrucción que contengan el material relevante sobre Técnicas de Instrucción de manera que sean capaces de entrenar al personal en Técnicas de Manejo de Grupo. Una vez terminado el entrenamiento teórico deberán aplicar este conocimiento al contexto institucional. La ejecución del estudiante recibirá retroalimentación inmediata por parte del instructor.

#### FORMA DE EVALUACION:

El estudiante deberá entregar un reporte por escrito que incluya:

- a) Una descripción del Procedimiento de Entrenamiento al Personal, y los cambios obtenidos.
- b) La estrategia de asignación de Responsabilidades utilizada, especificando las actividades a desempeñar por cada uno de

los miembros seleccionados.

No podemos dar por concluido nuestro programa si no llevamos a cabo una:

4.- Evaluación del procedimiento utilizado.

Para determinar el éxito de nuestro programa debemos tomar en consideración:

- a) El porcentaje de pacientes que participa en las actividades planeadas dentro del hospital.
- b) Que la ejecución de los asistentes en su interacción con los pacientes vaya de acuerdo con el procedimiento de intervención del especialista.

En este caso, debido a que la evaluación del programa está dada por los resultados del mismo no es necesario establecer la forma de entrenamiento.

FORMA DE EVALUACION:

El alumno deberá entregar un reporte por escrito que contenga:

- a) El porcentaje de pacientes participantes por cada una de las actividades y que no debe ser menor del 80%.
- b) Un registro que demuestre la adecuación de las conductas de los asistentes en cuanto al programa individual de rehabilitación.

PRESENTACION DE UN CASO COMO EJEMPLO DE LA  
PROGRAMACION DEL AMBIENTE HOSPITALARIO

En este caso no se trabajó con todos los pacientes del hospital, debido a que el personal administrativo de la institución decidió se estableciera este programa para un grupo piloto, compuesto por nueve pacientes del sexo masculino cuyas edades fluctuaban entre los 17 y 20 años de edad, con el propósito de observar su efectividad para, posteriormente, implementarlo en toda la institución.

1.- Evaluación de la Situación Hospitalaria

1.1 Determinación del Espacio Físico

Esta parte se cubrió a través de un recorrido por el inmueble.

Se contaba con los dormitorios de los pacientes (para este propósito se les reacomodó de manera tal que durmieran tres en cada habitación y que éstas estuvieran contiguas) cada uno de ellos con un baño y tres camas, el patio donde se encontraban los dormitorios el cuál tenía un jardín central, un comedor, un lugar denominado huerta en donde había canchas de futbol, basquetbol y volibol alrededor de las cuales se encontraban extensiones de jardín, y salas destinadas exclusivamente para terapia.

Se nos proporcionó una sala más que medía aproximadamente 12 m<sup>2</sup> y la facilidad de utilizar por las tardes el auditorio de la institución ya que por la mañana se le utilizaba para dar clases.

En este caso no se hizo necesaria la obtención del plano del hospital ya que nuestras actividades iban a estar restringidas a las áreas mencionadas anteriormente.

1.2 Determinación del número de:

1.2.1 Pacientes. Nueve pacientes del sexo masculino, cuyas edades fluctuaban entre los 17 y 20 años de edad.

1.2.2 Personal. Se contaba con un afanador que aseaba los cuartos diariamente, dos enfermeras que pasaban en la mañana y/o en la noche para administrar los medicamentos, y dos médicos (uno por la mañana y otro por la tarde) que permanecían con los pacientes, de no ser así éstos recibían entrenamiento terapéutico del médico responsable del caso.

1.3 Determinación de las Actividades: La rutina diaria del hospital era la siguiente:

1.3.1 Los pacientes realizaban muy pocas actividades: se levantaban alrededor de las ocho de la mañana y pasaban a recibir sus medicamentos, después de lo cual podían pasar a desayunar; regresaban al patio para pasar a terapia y después aguardaban a que dieran las 11:00 a.m., hora en que se les permitía salir a la huerta. Permanecían ahí hasta las 12:00 p.m. aproximadamente. En este lugar practicaban algún deporte, se sentaban a platicar con otros pacientes y/o jugaban en los columpios. Después regresaban nuevamente al patio correspondiente en donde

aguardaban que se les llamara a comer, lo cual sucedía entre las 13:00 y 14:00 horas aproximadamente. Al terminar regresaban al patio correspondiente y permanecían en él, donde podían observar televisión hasta la hora de cenar que generalmente era a las 18:00 horas. Los pacientes tenían que recluirse en sus habitaciones a las 22:00 horas.

- 1.3.2 El personal que mantenía interacción con este grupo de pacientes era mínimo. Por un lado estaba el médico tratante, quien se limitaba a dar terapia individual que consistía en pláticas sostenidas con los pacientes y administración de fármacos. Existía además un médico de guardia que pasaba revista a los pacientes diariamente. El afanador que realizaba la limpieza y la enfermera que administraba los medicamentos no mantenían interacción con los pacientes. Por último, un asistente que se encargaba de vigilar la puerta de acceso a la huerta, vociferaba todo el tiempo dando órdenes a los pacientes.

Estos incisos se cubrieron a través de un registro inespecífico.

- 1.4 Determinación de las posibilidades que ofrece la Institución.

- 1.4.1 El presupuesto con el que se contaba era reducidísimo, consistía de pequeñas aportaciones proporcionadas por el doctor encargado del grupo y la coordinadora de la Institución.

1.4.2 Por lo que se refiere a la Disponibilidad de la Institución al Cambio se nos dieron amplias facilidades para realizar los cambios propuestos, siempre y cuando éstos no requirieran un monto económico que no pudieran proporcionar los interesados en el programa.

2.- Determinación de las actividades que deben establecerse dentro del hospital, de acuerdo con el Objetivo General de Rehabilitación.

Las actividades que se establecieron dentro del hospital para cubrir las tres áreas que hemos considerado como fundamentales en este trabajo, se reunieron en un arreglo como el que sigue:

<u>HORA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>
8:00 A.M.	Levantarse
8:00 - 8:30	Aseo Completo
8:30 - 9:30	Desayuno
9:30 - 10:00	Lectura de Periódico o Terapia
10:00 - 11:00	Terapia Ocupacional
11:00 - 12:45	Terapia Recreativa
12:45 - 13:00	Aseo de Manos y Cara
13:00 - 13:30	Comida
13:30 - 16:00	Actividad Libre
16:00 - 18:00	Sala de Juegos, Lectura o Cine
18:00 - 18:30	Actividad Libre
18:30 - 19:00	Cena
19:00 - 22:00	Actividad Libre o Junta de Pacientes



Estas actividades se llevaban a cabo de lunes a viernes, los jueves a partir de las 10 de la mañana, los pacientes podían recibir visitas durante todo el día, por lo que a partir de esa hora, se suspendían las actividades planeadas.

En el área de trabajo (terapia ocupacional que se efectuaba de las 10:00 a las 11:00 A.M.) se llevaban a cabo las siguientes actividades:

1. Construcción de juguetes de cartón y alambre.
2. Escritura a máquina.

En el área de recreación, se encontraban incluidas las siguientes actividades:

1. Terapia Recreativa (11:00 a 12:45) que consistía en la práctica de diferentes deportes dentro de las áreas de juego del hospital (Volley Ball, Foot Ball, etc.).
2. Sala de Juegos, Lectura o Cine.- Los pacientes en el horario estipulado para realizar estas actividades (16:00 a 18:00) podían asistir a un salón donde tenían a su disposición barajas, dominó, lotería y otros juegos de salón. A esta hora también podían optar por leer algún libro, asistir a la función de cine que daba el hospital (los jueves), permanecer en su cuarto, pasear por los jardines, etc.

Las actividades correspondientes al área de ambiente familiar eran las siguientes:

1. Levantarse (8:00 A.M.).
2. Aseo Completo (8:00-8:30).
3. Desayuno (8:30-9:30).
4. Lectura de Periódico (9:30-10:00).
5. Aseo de Manos y Cara (12:45-13:00).
6. Comida (13:00-13:30).
7. Cena (18:30-19:00).
8. Junta de Pacientes (19:00-22:00).

La actividad correspondiente a lectura de periódico era en algunas ocasiones substituida por terapia con el médico responsable del paciente, cuando éste así lo solicitaba.

El hospital contaba con un televisor que estaba colocado en un pasillo del patio, mismo que podían ver los pacientes en sus horas libres.

Después de determinar las actividades que cubrirán cada una de las tres áreas, es necesario:

- 2.1 Establecer los Objetivos Terminales para cada una de las actividades incluidas en el programa.

Area de Trabajo: Dadas las actividades establecidas en ésta área los Objetivos Terminales quedaron como sigue:

- a) Al finalizar el programa de entrenamiento el paciente deberá entregar 10 cuartillas escritas a máquina, que

habrá copiado de un texto dado, sin ver el teclado y con un máximo de 5 errores por cuartilla.

- b) Al finalizar el programa de entrenamiento entregará un móvil, construido por él mismo durante las sesiones de trabajo, que al colgarlo se equilibre de manera similar al modelo.

Area de Recreación: El Objetivo Terminal para las actividades del área quedó como sigue:

Que el paciente participe por lo menos en un 80% de las actividades planeadas para ésta área.

Area de Ambiente Familiar: Para las actividades establecidas en la presente área se estableció el siguiente Objetivo Terminal:

Que el paciente participe por lo menos en un 80% de las actividades planeadas para el área.

Una vez cubierto éste punto:

## 2.2 Determinar la Técnica para el Cambio de Actividad.

El criterio de pase de una actividad a la otra se estableció en base a una rutina, es decir el paciente debía cumplir con el horario fijado para la realización de una

actividad para poder pasar a la siguiente. Las actividades establecidas no estaban disponibles más que a la hora señalada.

Con el propósito de incrementar la participación de los pacientes en las actividades se decidió:

- 2.3 Implementar un Sistema de Puntos como Sistema Motivacional.

A continuación se presenta la hoja de registro utilizada (misma que tenían tanto los pacientes como las experimentadoras) para llevar el recuento de los puntos ganados por cada uno de los pacientes. Al finalizar la semana (sábado) se intercambiaban los puntos por diversos reforzadores. Para la primera semana quedó como sigue:

De 800 a 1405	Salida de día de campo. Juego de Billar. Cigarros y Refrescos.
De 600 a 799	Juego de Billar. Cigarros y Refrescos.
De 400 a 599	Juego de Billar.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

HORA	ACTIVIDAD	No. DE PUNTOS	Lun	Mar	Mier	Jue	Vie	Sab	Dom
8:00	Levantarse	20							
8:00 - 8:30	Aseo Completo	15							
8:30 - 9:30	Desayuno	10							
9:30 - 10:00	Lectura del periódico o Terapia	25							
10:00 - 11:00	Terapia Ocupacional	25							
11:00 - 12:45	Terapia Recreativa	10/25							
12:45 - 13:00	Aseo	15							
13:00 - 13:30	Comida	10							
13:30 - 16:00	Actividad Libre								
16:00 - 18:00	Sala de juegos, lectura o cine	20							
18:00 - 18:30	Actividad Libre								
18:30 - 19:00	Cena	10							
19:00 - 22:00	Actividad Libre o Junta de Pacientes	25							
TOTAL		200							

El programa de Intervención se llevó a cabo durante 5 semanas, de las cuales sólo se tienen datos para las dos primeras, ya que las siguientes tres se dedicaron al programa individual de rehabilitación. Las actividades planificadas siguieron bajo la dirección de uno de los médicos que habían estado colaborando con nosotros.

Los datos obtenidos se presentan a continuación:

Porcentaje de participación para la 1a. y 2a. semana en las áreas de trabajo, recreación y ambiente familiar:

		Primera Semana	Segunda Semana
Paciente 1	Area de Trabajo	30%	50%
	Area de Recreación	50%	75%
	Area de A. Familiar	40%	45%
Paciente 2	Area de Trabajo	20%	40%
	Area de Recreación	40%	45%
	Area de A. Familiar	40%	60%
Paciente 3	Area de Trabajo	15%	25%
	Area de Recreación	10%	20%
	Area de A. Familiar	10%	30%
Paciente 4	Area de Trabajo	50%	60%
	Area de Recreación	40%	80%
	Area de A. Familiar	40%	50%
Paciente 5	Area de Trabajo	40%	45%
	Area de Recreación	35%	65%
	Area de A. Familiar	30%	50%

Paciente 6	Area de Trabajo	60%	70%
	Area de Recreación	10%	30%
	Area de A. Familiar	20%	40%
Paciente 7	Area de Trabajo	60%	65%
	Area de Recreación	50%	90%
	Area de A. Familiar	70%	85%
Paciente 8	Area de Trabajo	40%	70%
	Area de Recreación	50%	65%
	Area de A. Familiar	45%	60%
Paciente 9	Area de Trabajo	20%	30%
	Area de Recreación	10%	25%
	Area de A. Familiar	10%	20%

El registro para las actividades de la tarde era tomado por el médico encargado de las mismas.

Como podrá observarse los datos no muestran un incremento considerable de la primera a la segunda semana. Esto pudo deberse al hecho de que se anunció la clase de reforzadores a que iban a tener acceso al final de la semana y puede ser que estos no eran los más adecuados para todos.

Los reforzadores seleccionados se hicieron en base a algunas de las sugerencias que hicieron los pacientes, pero debido a la falta de recursos sólo pudieron ofrecerse los mencionados anteriormente.

Los siguientes puntos del esquema, es decir:

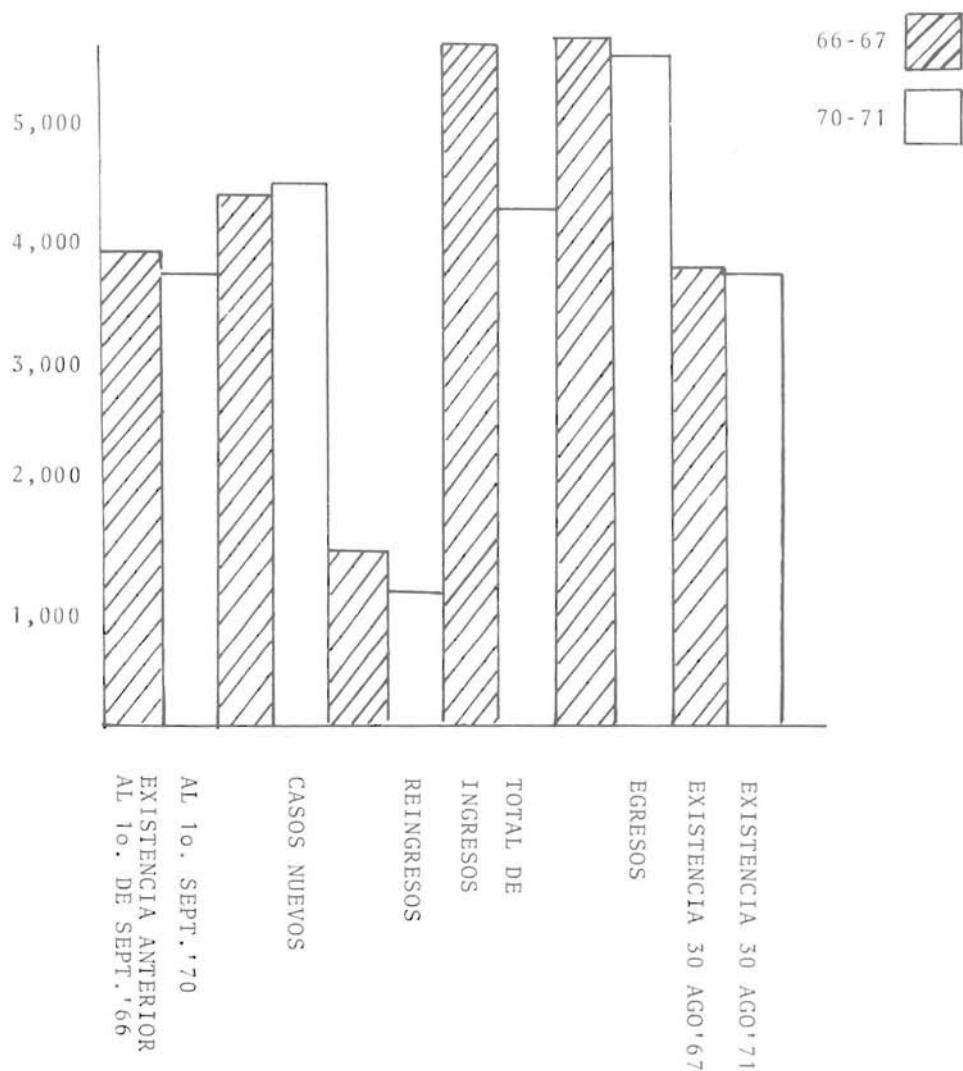
- 3.- Establecimiento de un Programa de Cuidado de Grupo, y
- 4.- La Evaluación, no pudieron cubrirse por la falta de recursos humanos principalmente.

#### IV. GRAFICAS



Gráfica 1

MOVIMIENTO DE ENFERMOS  
HOSPITALIZACION



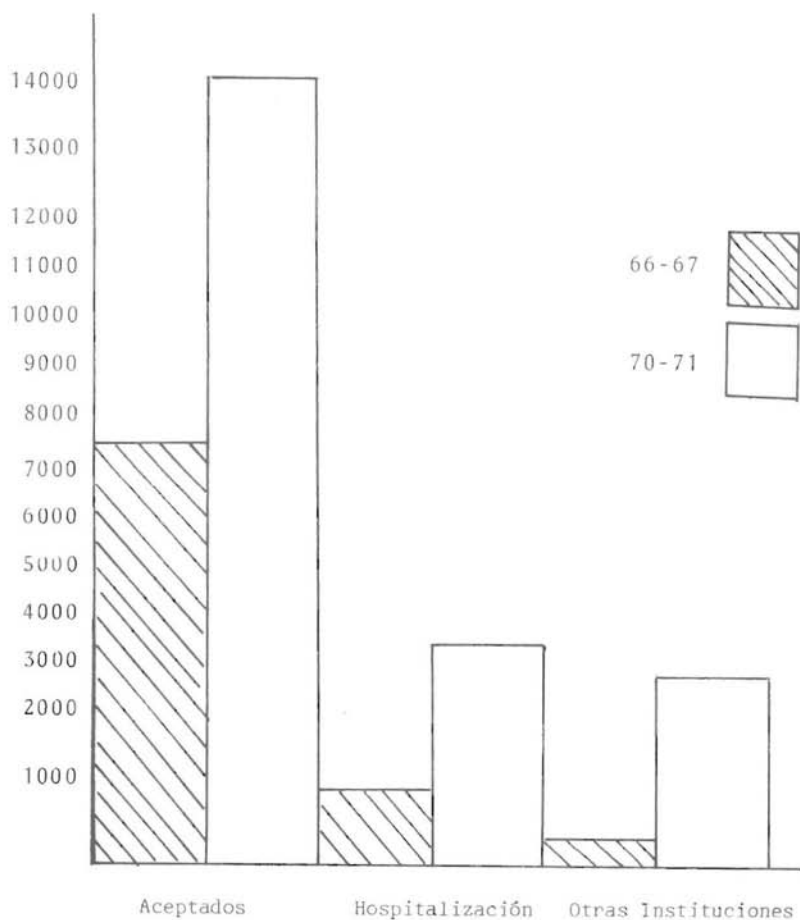
Gráfica 2

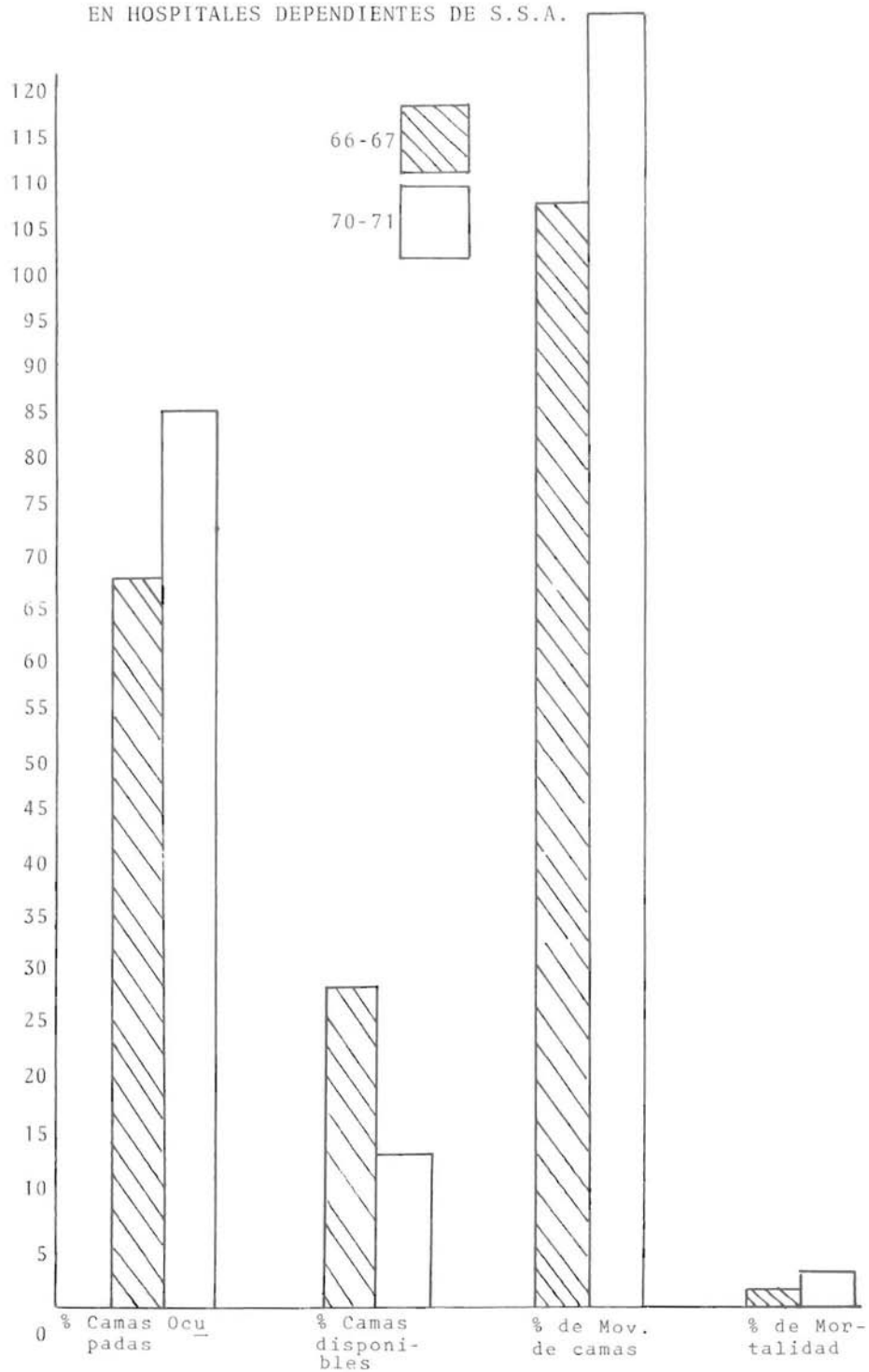
CENTRO DE SALUD MENTAL

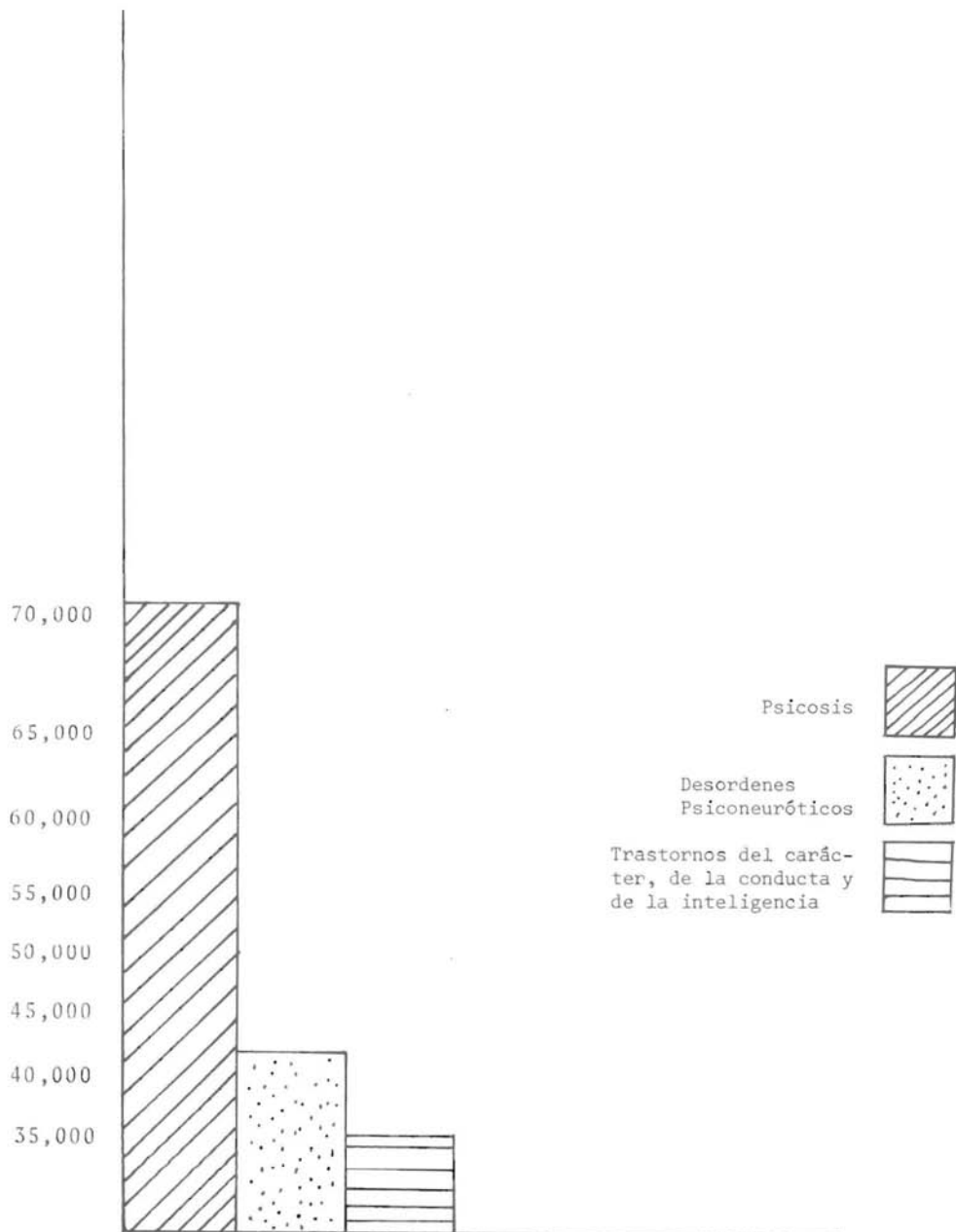
PRECONSULTAS

TOTALES: 66-67 = 9052

70-71 = 20832



RESUMEN ANUAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS  
EN HOSPITALES DEPENDIENTES DE S.S.A.

ESTIMACION DE INDICES Y DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES  
PSICONEUROSIS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD  
1967

### CONCLUSIONES

Este trabajo presenta evidencia de que las posibilidades de acción del psicólogo dentro de una Institución Psiquiátrica, son extensas. El dato más valioso obtenido durante el curso del presente trabajo, fué el hecho de observar una apertura institucional a los papeles que puede desempeñar el psicólogo clínico; su papel tradicional de aplicador de pruebas, se ha quedado atrás. En lo futuro, su actuación dentro del escenario institucional, será crucial. Podemos asegurar, que con el entrenamiento adecuado, el cambio producido por las técnicas por él utilizadas, conducirá a una verdadera rehabilitación de la población de pacientes recluidos dentro de las actualmente inadecuadas, instituciones psiquiátricas.

El implementar (parcialmente) los procedimientos descritos para el cumplimiento de los objetivos establecidos, representa un aspecto fundamental en el desarrollo del presente trabajo, no tanto por el hecho de demostrar la efectividad de las técnicas utilizadas para producir cambios (efectividad que ha sido demostrada abundantemente), sino evidenciar que es posible cubrir, dentro del escenario natural, los objetivos propuestos aún cuando existan limitaciones para ello.

BIBLIOGRAFIA

1. Ayllon, Teodoro; Azrin, Nathan "Economía de Fichas"  
Ed. Trillas, 1974.
2. Doke, A. Larry: "Dimensiones en la Planificación de Programas de Cuidado de Grupo".  
Mecanograma traducido al español por Benjamín Domínguez.
3. Domínguez, Benjamín: "El Internamiento en un Hospital Psiquiátrico como una Forma de Tratamiento. Antecedentes, Descripción General y Sugestiones".  
Mecanograma, 1970.
4. Garner, William I.: "Behaviour Modification in Mental Retardation".  
University of London Press Ltd., 1972.
5. Goffman, Erving: "Internados. Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales".  
Amorrortu Editores, 1972.
6. Hochmann, Jacques: "Hacia una Psiquiatría Comunitaria".  
Amorrortu Editores, 1972.

7. Levinson, David J.  
Gallagher, Eugene B.:

"Sociología del Enfermo Men-  
tal".

Amorrortu Editores, 1971.