

24: 97



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

E.N.E.P. - U.N.A.M.
IZTACALA

EL ENSAYO CONDUCTUAL COMO UNA TÉCNICA
COMPLEMENTARIA PARA DISMINUIR
REINCIDENCIAS EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTAN :
ANGELA PEREZ AVALOS
MARTHA PATRICIA RAMIREZ DEL CORRAL

MEXICO, D.F.

1982.



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.

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

Este trabajo constituye un reporte - experimental acerca del ensayo conductual como procedimiento terapéutico para tratar las conductas no asertivas en pacientes psiquiátricos.

El ensayo conductual es una técnica que forma parte de los procedimientos de entrenamiento asertivo. Este último, abarca todo - procedimiento terapéutico que lleve al incremento de conductas asertivas. Wolpe y Lazarus (1966) 1/ definen la conducta asertiva como : "... toda expresión socialmente aceptable de -- sentimientos y derechos." Por consiguiente, -- este comportamiento puede considerarse como -- conducta social puesto que es reforzada por la mediación de otra persona. Esto es, cuando un individuo expresa verbalmente sus "sentimien-- tos y derechos" a otra persona ésta puede o no aprobar lo que dice dependiendo de lo adecuado de esa expresión. Skinner (1974) al hablar de la conducta humana señala que las pautas de -- comportamiento del hombre dependen, en parte, -- de las costumbres del grupo al que pertenece. -- La cultura en la que un individuo ha nacido se compone de todas las variables que le afectan y que son preparadas por otras personas. El - medio ambiente social, es, en gran medida, el resultado de aquellas prácticas del grupo que generan conducta ética y de la extensión de ta les prácticas a los usos y costumbres. "Una -- conducta llega a adaptarse a las normas de una comunidad determinada cuando determinadas res- puestas son reforzadas y otras son dejadas sin

1/ Citados por Kirschner, 1976, p. 117. Asimismo, Rimm y Masters (1980, p. 101) proporcionan una definición semejante.

reforzar o castigadas (Skinner, 1974, p.437). " En la vida diaria de cualquier individuo ocurren conductas no adaptativas pero esto no constituye un requisito fundamental para que el individuo sea considerado, ante su comunidad, como una persona inadaptada o anormal (considerando anormal aquel comportamiento diferente a las pautas comportamentales establecidas por una comunidad específica). Lo que determina que un individuo sea señalado como anormal (o "loco") es la frecuencia con que presente comportamientos catalogados como inadaptados por su comunidad y por consiguiente, esta castigará tales conductas; el castigo iría desde el rechazo social por parte de la gente que lo rodea hasta la total reclusión en instituciones. De esta forma, las prácticas de castigo empleadas por el grupo social al que pertenece un individuo, catalogado como anormal, generan en éste respuestas de ansiedad. Rimm y Masters (1980, p. 95) las definen como un: "Patrón de actividad del sistema nervioso simpático que ocurre cuando el individuo es expuesto a cierto tipo de amenaza". Sin embargo, la ansiedad en muchas ocasiones puede no ser la causa de que se presente conducta inadaptada. Como se verá más adelante, existe cierta controversia en relación al tema (Wynne y Solomon, 1955; Schachter y Wheelerk, 1962; referidos por Rimm y Masters, 1980, p. 97).

En un principio, se habló de lo que es conducta asertiva; por lo tanto, consideraremos a la conducta no asertiva como un comportamiento inadaptado que ha sido aprendido por un individuo. La conducta no asertiva puede superarse, entre otras formas, por medio del entrenamiento asertivo el cual constituye un procedimiento, entre otros, de la terapia con-

ductual. 2/ Wolpe (1980) considera a la respuesta de ansiedad como un elemento particularmente importante para el desarrollo de la conducta problema. En el caso específico de la conducta asertiva, éste autor sostiene que dicha conducta es incompatible con la ansiedad. De esta forma, conceptualiza el entrenamiento asertivo como: "... un procedimiento de descondicionamiento de hábitos de respuesta de ansiedad inadaptables que se presentan como respuesta ante la gente con la que el paciente interactúa. Hace uso de las emociones inhibidoras de la respuesta de ansiedad que provocan en él las situaciones de la vida diaria (Wolpe, 1980, p. 95)." Asimismo, Rimm y Masters (1980, p. 101) consideran que el entrenamiento asertivo es: "...todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar la conducta asertiva de manera apropiada". Nótese que para Wolpe la ansiedad es un factor de importancia en el desarrollo de la conducta asertiva mientras que la posición de Rimm y Masters no es clara, ya que sostienen que la asertividad, en ciertos casos, puede no inhibir la ansiedad; este supuesto se deriva de la evidencia experimental de que la ansiedad no surge de la actividad nerviosa simpática, per se, sino que es causada por circunstancias externas (ambientales) en combinación con la actividad del sistema nervioso simpático (Schachter y Singer, 1962; Schachter y Wheeler, 1962; cit. por Rimm y Masters, 1980, pp. 97-98). Teniendo estas

2/ Wolpe (1980, p. 15) conceptualiza la terapia conductual como: "...la aplicación de principios establecidos experimentalmente para la superación de hábitos no adaptativos persistentes".

ideas en cuenta, Yates (1977) considera una -- explicación, basada en el contracondicionamiento, en donde se elimina una relación estímulo respuesta al unir al estímulo una respuesta al terna de mayor fuerza que la original. Esto es, romper la relación de un estímulo específico, que provoca la respuesta de ansiedad, estableciendo una respuesta asertiva que sea incompatible con la ansiedad sin que, como Wolpe lo hace, se tenga en cuenta un fundamento neurológico.

De lo anterior, se desprende el hecho de que en este terreno no se cuenta con -- una base teórica universalmente aceptada. La falta de sistematización en los estudios; esto es, la diversidad de técnicas empleadas, la carencia de una conducta específica que determinara "ser asertivo" dentro de varios contextos interpersonales aunado a la dificultad de encontrar en el laboratorio (en investigaciones controladas con humanos dado que no es posible hacerlo con sujetos infrahumanos) una medida de asertividad que se aproxime a las situaciones de la vida real dado que la conducta humana es compleja; son factores que limitan, en cierto grado, el estudio del entrenamiento asertivo y por consiguiente, la existencia de un fundamento teórico único.

Así vemos que Wolpe (1980, p. 32) se basa en el principio de inhibición recíproca para explicar el establecimiento de conductas asertivas: "Si puede -- hacerse que la respuesta que inhibe a la respuesta de ansiedad ocurra en presencia de los estímulos que provocan la respuesta de ansiedad, dicha respuesta debilitará el vínculo existente entre estos estímulos y la respuesta de ansiedad". Esta definición se asemeja a la de contracondicionamiento pero, como se recordará, Wol-

pe concede importancia al factor neurológico - para explicar lo anterior. De hecho, el enfoque de Wolpe tiene sus raíces en los estudios de Pavlov sobre la fisiología cerebral y el -- condicionamiento clásico. De esta forma, se - puede considerar la posición de Wolpe como mediacionista ya que toma en cuenta tanto a la - respuesta emocional (ansiedad) interna como a los componentes conductuales característicos - de esta y lo que es más importante, cómo el me dio ambiente es capaz de influir en el comportamiento de un individuo.

Asimismo, consideraremos el enfoque de Salter (1949; referido por Rimm y Masters, 1980, p. 102) quien es considerado el pionero de las técnicas asertivas. Al igual que Wolpe, su posición teórica está fundamentada en los escritos de Pavlov; sin embargo, Salter -- conceptualizaba la conducta asertiva 3/ como - un rasgo generalizado de excitación y por consiguiente, para él la conducta no asertiva era un estado de inhibición psicológica resultante del condicionamiento pavloviano. Propuso seis formas por las cuales se puede establecer la - conducta asertiva: 1) externar los sentimientos; esto es verbalizar las emociones que experimenta el paciente; 2) expresión facial; con esto, el paciente debe exteriorizar su emoción por medio de movimientos faciales y corporales cuando la situación lo requiera; 3) contradecir y atacar; cuando el paciente no está de -- acuerdo con alguien debe exponer su opinión -- sin tener que fingir lo contrario; 4) el uso - del "yo"; el paciente debe emplear, siempre -- que sea posible, la palabra "yo" para que de - esta forma se implique en las observaciones -- que hace; 5) aceptar los elogios; el paciente

3/ En realidad, él la nombraba "excitación".

debe aprender a aceptar sus cualidades cuando otras personas se las hace ver. De igual forma, debe aprender a autoelogiarse de un modo razonable; 6) improvisar; el paciente debe de dar respuestas espontáneas ante estímulos inmediatos (Rimm y Masters, 1980; Wolpe, 1980). A simple vista, las propuestas de Salter pueden resultar un tanto fútiles pero, como se verá más adelante, resultan de gran utilidad en el tratamiento de la conducta no asertiva.

Existen otros autores (Rathus, 1972; Young, Rimm y Kennedy, 1972; Hersen, Eisler y Miller, 1973 y Kirschner, 1976) quienes conceden importancia al medio ambiente social como generador de conductas adaptadas e inadaptadas. Su posición no difiere enormemente de la de -- Wolpe y Lazarus (1980) puesto que hacen uso de las estrategias de intervención propuestas por éstos autores. Principalmente, Hersen y Eisler (1976, p. 362) sostienen que la escasa -- habilidad de un individuo para interactuar, -- exitosamente, con otros sujetos tanto en la escuela, casa y trabajo puede ser relevante para desarrollar una gran variedad de desórdenes -- conductuales. De esta forma, las habilidades sociales o interpersonales ^{4/} son de gran importancia para la prevención y tratamiento de muchos problemas conductuales.

Por otra parte, existen autores que han contribuido, de una manera indirecta, al estudio del entrenamiento asertivo. Especialmente, Moreno (1920; referido por Blatner, -- 1973) quien desarrolló el psicodrama, cuyas -- raíces surgen de la teoría psicoanalítica; en

4/ Estos términos son considerados como sinónimos de conducta asertiva.

donde, por medio de representaciones, los impulsos, recuerdos, fantasías, etc. son hechos -- conscientes con el fin de desarrollar el autoconocimiento del individuo. Asimismo, existe un enfoque propuesto por G. Kelly (1950, citado por Rimm y Masters, 1980, p.104) específicamente, las terapias del "rol fijo" y "rol exagerado" cuya premisa básica sostiene que un -- cambio conductual conlleva un cambio en las -- cogniciones del sujeto. Por otra parte, existen técnicas que, sin derivarse de posiciones teóricas en psicología, se han empleado en el entrenamiento asertivo; tal es el caso de los métodos de actuación teatral propuestos por -- Stanislavsky en el cual el actor tiene que "vi-- vir" o sentir su papel (referido por Wolpe, -- 1980, p. 107).

La técnica empleada comúnmente en el entrenamiento asertivo recibe el nombre de ensayo conductual ^{5/} Wolpe (1980, p. 106) lo de-- fine como: "...la actuación de breves intercam-- bios entre el terapeuta y el paciente en am-- bientes de la vida de éste último. El pacien-- te se representa a sí mismo y el terapeuta a -- alguien ante quien el paciente se encuentra -- inadaptativamente ansioso o está inhibido." -- Asimismo, Hersen y Eisler (1976, p. 371) consi-- deran al ensayo conductual como: "un procedi-- miento por medio del cual se practican, bajo -- la supervisión de un terapeuta, las respuestas más deseables en situaciones de conflicto in-- terpersonal". La secuencia del tratamiento es la siguiente: el terapeuta, representando a -- otra persona, inicia una observación en contra

5/ Algunos la llaman "juego de roles" o "entre-- namiento en habilidades sociales". Original-- mente, Wolpe (1958) la llamó "psicodrama -- conductual".

de lo que hace o dice el paciente y éste debe representar lo que haría o diría como si la situación fuese real. Generalmente, la respuesta del paciente es inapropiada por lo que el terapeuta le proporciona instrucciones para que responda en forma apropiada. Pueden hacerse varios ensayos hasta que el paciente responda satisfactoriamente.

Asimismo, la estrategia de tratamiento involucra técnicas operantes surgidas de los paradigmas experimentales del trabajo de Skinner y colaboradores (referido por Wolpe, 1980, p. 235). Los procedimientos operantes, de más relevancia, relacionados con el ensayo conductual son: a) reforzamiento; considerado como la administración contingente de un evento, conducta u objeto sobre la respuesta y que sirva para incrementar a esta (Skinner, 1969); referido por Rimm y Masters, (1980, p. 187) y b) extinción; procedimiento que debilita progresivamente la intensidad o frecuencia de la respuesta cuando esta no es reforzada (Wolpe, 1980; Rimm y Masters, 1980). Igualmente, es empleado un procedimiento operante, más general, llamado moldeamiento ^{6/}; en este procedimiento se refuerzan ciertas conductas del repertorio de un individuo que tienen semejanza con la conducta deseada y gradualmente se retira el reforzamiento de las conductas menos similares y se refuerzan las más similares hasta establecer la conduc-

^{6/} Conocida también como "aproximaciones sucesivas" o "diferenciación de respuesta" (Bandura, 1969; cit. por Rimm y Masters, 1980, p. 211). Por otra parte, Wolpe (1980 p. 236) lo considera como un caso especial de reforzamiento.

ta deseada (Ribes, 1976; Rimm y Masters, 1980). Algunas veces, suelen emplearse procedimientos de castigo 7/ que, en términos generales, consisten en la presentación contingente de un -- evento aversivo después de ocurrida la conducta; "...tanto la presentación de un estímulo -- aversivo como la retirada de algún estado de -- cosas positivo, se califican como castigos -- (Rimm y Masters, 1980, p. 387)".

Por otra parte, existe un procedi- -- miento primordial en el ensayo conductual cono- -- cido con el nombre de modelamiento. Aunque -- existen autores que combinan reforzamiento (u otras técnicas operantes) y modelamiento en el ensayo conductual (Hersen, Eisler y Miller, -- 1973; Rathus, 1973; Kazdin, 1974, referido por Hersen y Eisler, 1976; Kirschner, 1976) el modelamiento no constituye una técnica operante, en el sentido estricto de la palabra, puesto -- que para que se dé el aprendizaje por observa- -- ción se requiere de representaciones perceptua- -- les o conducta "cubierta" por parte de la per- -- sona que observa al modelo (Bandura, y Walters, 1974). Así, "el modelamiento consiste en expo- -- ner al cliente ante uno o más individuos pre- -- sentes (vivos) o filmados (simbólicos) que demuestran las conductas que el cliente habrá de adoptar (Rimm y Masters, 1980, p. 146)".

Existen otros elementos, igualmente

7/ En el presente trabajo se utilizó un proce- -- dimiento aversivo que implica la retirada -- contingente de una recompensa (Kazdin, 1962 -- cit. por Rimm y Masters, 1980, p. 429) cono- -- cido como "costo de respuesta"; específica- -- mente en la forma de "multa" como un compo- -- nente en la economía de fichas. Ver método.

importantes, en la implementación del ensayo - conductual tales como el establecimiento de jerarquías y el de la respuesta efectiva mínima. El primero se refiere a la presentación de situaciones sociales que vayan de un grado de -- complejidad mínimo a uno máximo; este procedimiento de jerarquización de las respuestas involucra, desde luego, el moldeamiento. El establecimiento de la respuesta efectiva mínima consiste en determinar la conducta meta para -- lo que se requiere que el individuo responda -- con un mínimo esfuerzo y que exista poca probabilidad de recibir consecuencias negativas; -- esto es de gran importancia ya que la decisión tocante a lo adecuado o inadecuado de una conducta varía de contexto a contexto.

Por otra parte, en algunos casos, -- suele ser de gran utilidad el uso de cintas de video y grabaciones puesto que constituyen una forma de retroalimentar al individuo y le permiten observar y escuchar sus errores o aciertos. Asimismo, la participación de dos terapeutas (cuando sea posible hacerlo) facilita -- el ensayo conductual ya que pueden representar -- se situaciones sociales más complejas puesto -- que el individuo podrá interactuar con dos personas al mismo tiempo. Igualmente, es de gran ayuda emplear actores que sirvan como modelos en la representación de las situaciones de interacción social ya que con esto pueden lograr se ensayos más reales ajustados a la vida del paciente.

En cuanto a los tipos de medida empleados para evaluar la conducta asertiva; generalmente son utilizadas medidas de tipo directo (registros de frecuencia y duración). -- Sin embargo, muchos estudios han reportado el uso de medidas indirectas tales como: el Cues-

cionario Asertivo de Wolpe y Lazarus (1980), - la Escala de Asertividad de Rathus (1973), el Inventario de Resolución de Conflictos de - - McFall y Lillesand (1971; cit. por Hersen, et. al., 1973), la Escala conductual para las Si--tuaciones Críticas de Weinman (1972; cit. por Hersen, et. al., 1973). Por consiguiente, con--sideramos que el uso de ciertas medidas indi--rectas, en combinación con registros observa--cionales, constituyen un apoyo en los estudios de ensayo conductual dado que proporcionan - - una forma de comparar y evaluar los cambios --conductuales logrados.

Generalmente, el ensayo conductual - ha sido implementado en forma de tratamiento - individual (Lazarus, 1966; Lawrence, 1970; -- cit. por Rimm y Masters, 1980; Hersen, Eisler y Miller, 1973; Kirschner, 1976) ya sea en es--tudios experimentales o en historias de casos. Sin embargo, existen evidencias de que el ensa--yo conductual es efectivo para tratamientos --grupales (Lomont, Gilner, Spector y Skinner, - 1969; Hedquist, y Weingold, 1970; Rimm, Keyson y Hunziker, 1971; referidos por Rimm y Masters, 1980); aparte de que permite una interacción - social mayor que en el caso del empleo de dos terapeutas, una de las principales ventajas -- que reporta esta modalidad consiste en que se puede administrar un reforzamiento social masi--vo que puede resultar mucho más poderoso en el mantenimiento de la conducta asertiva.

Son diversos los tipos de problemas que pueden ser tratados por medio del ensayo - conductual. Generalmente, es aplicable a pro--blemas interpersonales relacionados con la ex--presión adecuada de conductas socialmente acep--tables dentro de un contexto específico (ho--gar, trabajo, escuela, etc.). Sin embargo, --

existen trabajos (Edwards, 1972; Lazarus, 1971; Fensterheim, 1972; citados por Hersen, Eisler y Miller, 1973) en los que el ensayo conductual ha sido empleado para el tratamiento de conducta homosexual, impotencia y problemas maritales. También ha sido utilizado en combinación con otras técnicas de tratamiento; Patterson (1972; referido por Hersen, op. cit.) combinó en ensayo conductual con un procedimiento aversivo conocido como "time-out" (tiempo-fuera) para tratar la conducta de dependencia en un niño de nueve años. Nydegger (1972; cit. por Hersen, op. cit.) empleó condicionamiento verbal, ensayo conductual y desensibilización sistemática para tratar las alucinaciones auditivas y visuales en un esquizofrénico paranoico. A continuación se presentan, en forma resumida, algunos resultados en relación al ensayo conductual.

McFall y Marston (1970; referidos por Rosenthal, 1976, p. 78) estudiaron los efectos del ensayo conductual en tres grupos de hombres y mujeres. El tratamiento fue aplicado individualmente; al primer grupo se le proporcionó retroalimentación de sus respuestas (asertivas y no asertivas); el segundo grupo no recibió retroalimentación y el tercer grupo recibió un tratamiento placebo en el que se les dió una plática en la que se identificaban situaciones no asertivas y al mismo tiempo les decían que debían de comportarse de una forma más asertiva. La medida de asertividad empleada fue la observación de la frecuencia de las respuestas. Los resultados mostraron que el primer grupo (ensayo conductual mas retroalimentación) mostró mayor asertividad y menos ansiedad ante situaciones sociales. Sin embargo, no reportan seguimiento y el modelamiento de la conducta asertiva no se dió en forma contigua.

Goldstein, Martens, Hubben, VanBelle, Schaaf, Wiersma y Goedhart (1973) estudiaron los efectos del modelamiento y las instrucciones en el establecimiento de la conducta asertiva en pacientes neuróticos no institucionalizados y psicóticos institucionalizados. Para este fin, realizaron tres estudios; en el primero, los pacientes neuróticos estuvieron bajo tres condiciones: a) modelamiento independiente donde el modelo expresaba verbalizaciones de autoafirmación, b) la segunda condición, denominada modelamiento dependiente, las conductas asertivas eran modeladas de forma servil, c) la tercera condición fue de no modelamiento; en el segundo estudio sólo se presentó el modelamiento independiente más instrucciones al grupo de neuróticos; el tercer estudio se llevó a cabo con pacientes institucionalizados para los cuales hubo cuatro condiciones: a) modelamiento más instrucciones, b) modelamiento, c) instrucciones y d) no modelamiento. El tratamiento fue individual en cada uno de los estudios y tuvo dos modalidades en el modelamiento: en vivo y filmado. En los resultados del primer estudio se mostró un incremento de la conducta asertiva en las condiciones de modelamiento independiente y dependiente; sin embargo, los hombres en la condición de modelamiento dependiente (conducta servil asertiva) mostraron un escaso incremento; en el segundo estudio, también hubo un incremento de la conducta asertiva mucho mayor que en el estudio 1; finalmente, el tercer estudio reveló que las tres condiciones (modelamiento más instrucciones, modelamiento e instrucciones) fueron efectivas para incrementar conducta asertiva. Sin embargo, no reportan seguimiento y los resultados pueden resultar discutibles ya que la población no tuvo las mismas características.

Hersen, Eisler y Miller (1973) eva--

luaron la efectividad de las técnicas específicas (modelamiento e instrucciones) empleadas en el ensayo conductual y observaron sus efectos en el incremento de la conducta asertiva. Los sujetos fueron pacientes hospitalizados -- diagnosticados como alcohólicos, neuróticos y psicóticos; éstos fueron asignados a cinco condiciones: 1) test-retest; en este grupo se presentaron las escenas en forma de pre-post test; 2) práctica-control; aquí los sujetos observaron una película donde el modelo actuaba y seguidamente se les pedía que lo imitaran, no hubo ensayos; 3) instrucciones; a los sujetos se les proporcionaba, oralmente, instrucciones específicas para lograr un comportamiento asertivo; 4) modelamiento; los sujetos observaban al modelo filmado y luego ejecutaban la respuesta asertiva y se repetía si era necesario; 5) modelamiento más instrucciones; esta condición involucraba el procedimiento de las condiciones 3 y 4. Se empleó una medida directa de la conducta asertiva que involucró la duración de la respuesta así como la intensidad del tono de la voz. Los resultados fueron analizados por medio de un análisis de varianza y prueba T encontrándose que la observación de un modelo filmado en combinación con instrucciones específicas facilita la adquisición de respuestas asertivas. No reportan seguimiento.

Young, Rimm y Kennedy (1973) estudiaron los efectos del modelamiento con y sin reforzamiento verbal en la conducta asertiva. -- Las dos variaciones del modelamiento se compararon en cuatro grupos de sujetos femeninos. -- Al primer grupo le modelaban las conductas -- asertivas pero la respuesta del sujeto no era recompensada. El segundo grupo no recibía recompensa aún cuando respondiera adecuadamente a la conducta del modelo. Al tercer grupo se le implementó una terapia placebo y el cuarto grupo no recibió tratamiento. Los resultados

mostraron que el primero y segundo grupos incrementaron la conducta asertiva a diferencia de los otros dos grupos control. Por otra parte, reportaron que la generalización de la conducta asertiva a otros contextos fue muy débil.

Kirschner (1976) estudió la generalización de los efectos del ensayo conductual en 32 estudiantes (hombres y mujeres) universitarios que habían reportado escasa asertividad en situaciones de interacción social. Los sujetos fueron asignados a tres grupos: en el primer grupo o condición extensiva solo se le modelaba una vez la respuesta asertiva; en el segundo grupo o condición intensiva se le modelaba cuatro veces la conducta asertiva; al tercer grupo sólo se les mencionaba lo apropiado de desarrollar conductas asertivas. Los resultados mostraron que los efectos del ensayo conductual sólo fueron generalizados en situaciones similares a las empleadas en el tratamiento. Asimismo, se dió una mayor generalización cuando mayor era la duración de las sesiones (40 minutos era el máximo de duración de una sesión).

Rimm, Keyson y Hunziker (1971; referidos por Rimm y Masters, 1980) utilizaron el ensayo conductual en su modalidad de grupo para tratar las conductas antisociales en un grupo de hombres hospitalizados. Los sujetos fueron asignados a dos grupos; el primero que recibió tratamiento y el segundo recibió tratamiento placebo donde se les proporcionaron consejos sobre como ser menos agresivos. Los resultados mostraron que el grupo que recibió ensayo conductual fue menos agresivo que el grupo control. Reportan un seguimiento informal que apoya los resultados obtenidos.

Rathus (1972) estudió los efectos --

del modelamiento en comparación con el no modelamiento para incrementar conducta asertiva. Utilizó el ensayo conductual en su modalidad de grupo en mujeres universitarias que habían reportado miedo a las interacciones sociales. Los sujetos fueron asignados a tres condiciones: a) ensayo conductual; donde un modelo filmado era presentado a los sujetos y éstos debían imitarlo; b) placebo; los sujetos eran expuestos a un modelo filmado pero no se les pedía que imitaran la conducta; c) no tratamiento. Los resultados mostraron que el primer grupo que recibió ensayo conductual mostró un incremento en la conducta asertiva. No reportan datos de seguimiento.

Por lo anterior, es de considerarse que el ensayo conductual resulta efectivo en la modificación de la conducta no asertiva tanto en pacientes institucionalizados como en aquellos que presentan leves problemas de adaptación social. Sin embargo, existe escasa evidencia en cuanto a su efectividad a largo plazo; especialmente en aquellos pacientes que han sido internados en instituciones psiquiátricas.

Si un individuo ha aprendido a manejar las situaciones que afectan su conducta puede, en gran medida, evitar las contingencias aversivas o en todo caso, manejarlas de tal forma que no le afecten enormemente. Es claro, que resulta difícil cambiar las pautas comportamentales que una sociedad determina como adecuadas o inadecuadas pero consideramos que el ensayo conductual posee un gran potencial para el tratamiento de conductas consideradas inadecuadas por el sistema social.

En los estudios realizados en este -

campo se ha dado poca atención a la transferencia y mantenimiento 8/ de la conducta fuera -- del medio ambiente terapéutico. Consideramos, que si las contingencias fuera del medio terapéutico son comparables a las presentadas durante el tratamiento -- la conducta asertiva -- será transferida; y será mantenida ya que las contingencias la sostienen.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo consistió en implementar el ensayo conductual (en forma individual) en un grupo de pacientes femeninos reincidentes y no reincidentes con el fin de evaluar sus efectos en ambientes no terapéuticos (hogar, trabajo, amigos). Considerando al fenómeno de reincidencia como una variable estrechamente ligada a -- las contingencias medio ambientales. Conceptualizando a dicho fenómeno como el hecho de -- que las pacientes volvieran a comportarse de -- forma no asertiva independientemente de que -- fuesen hospitalizadas.

8/ La transferencia y el mantenimiento de la respuesta pueden ser vistos como un continuo que dependen de -- las dimensiones arbitrarias de tiempo y espacio (Kantor, 1959; Skinner, 1953, 1963; referidos por Marholin, Siegel y Phillips, 1976).

M E T O D O

El presente trabajo se llevó a cabo en la sala psiquiátrica, sección mujeres, del Hospital Central Militar. Primeramente describiremos la situación de la institución donde se llevó a cabo el trabajo así como las condiciones de la sala psiquiátrica. Seguidamente, se efectúa la descripción del método empleado para abordar el problema.

Al describir la situación del Hospital Central Militar es importante mencionar -- que el objetivo de esta institución es prestar servicio médico gratuito en las diversas especialidades médicas a militares y a sus familiares, y dar atención a civiles mediante el pago de una cuota. El objetivo principal de la sala de mujeres es diagnosticar y dar tratamiento psiquiátrico a las pacientes internas así como a las que se les ha dado de alta. La sala cuenta con una población que fluctúa entre 15 pacientes como mínimo y 24 como máximo. La sala funciona bajo un sistema de "comunidad terapéutica" el cual fue implementado por los -- psiquiatras que ahí laboran. Este sistema engloba lo siguiente: 1/

- a) Juntas en donde participan tanto las pacientes -- como el personal y en donde los temas son -- los problemas cotidianos de la sala así como los propios de las pacientes.
- b) Psicoterapia individual
- c) Terapia ocupacional

1/ Este sistema operó conjuntamente con el tratamiento.

- d) Psicofármacos
- e) Deportes
- f) Horas sociales.

Asimismo, como una parte de los métodos de diagnóstico se aplican pruebas psicológicas (WAIS, TAT, MMPI, Bender, Machover, Zung, Zacks y otras), "cuando el caso lo requiere".

En lo que respecta al personal de la sala, este lo constituyen tres psiquiatras, un grupo de becarios especializados en psiquiatría, un médico interno rotatorio, un terapeuta ocupacional un grupo de enfermeras de las cuales tres son rotatorias, dos afanadoras, dos cocineras y un guardia rotatorio.

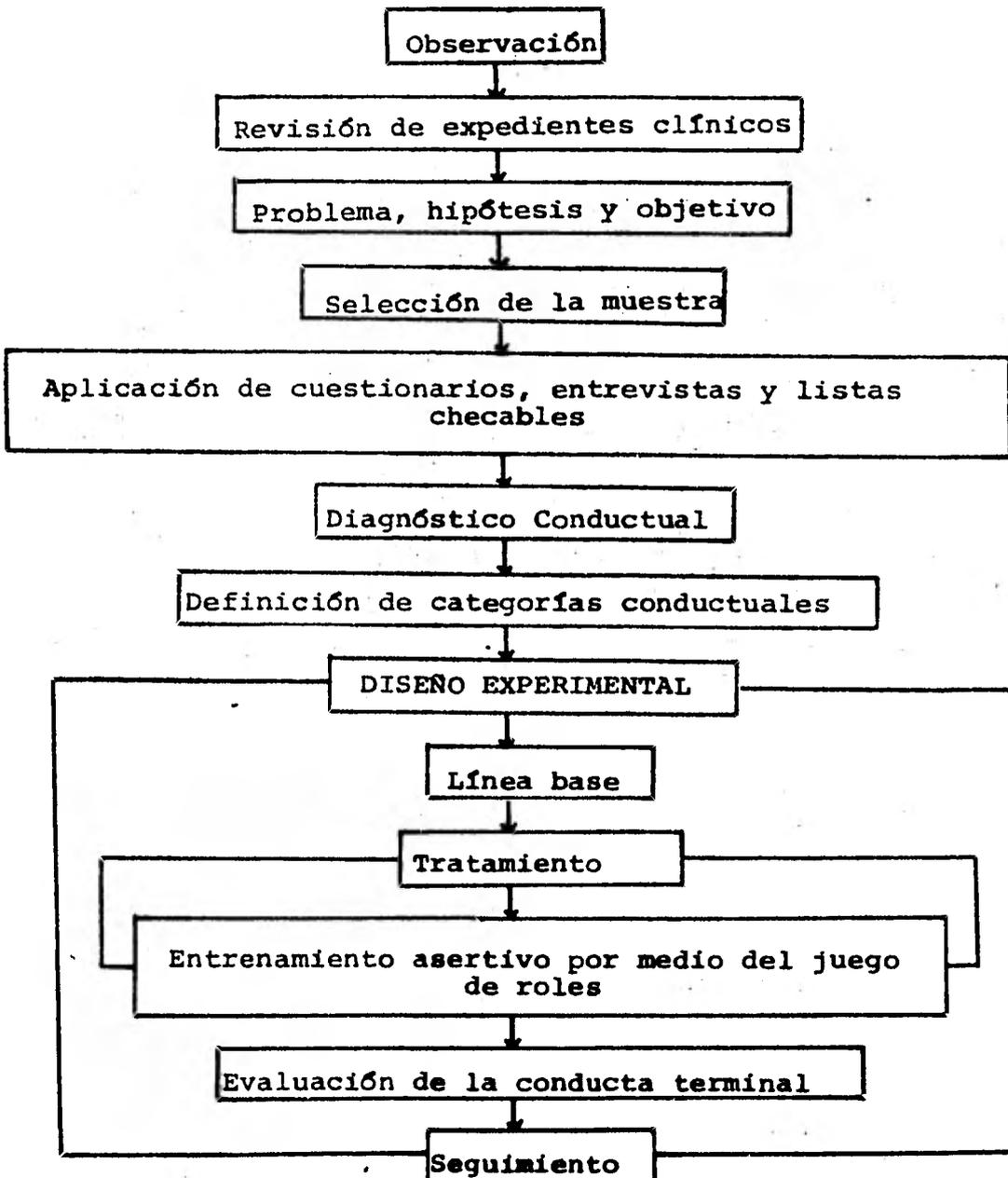
En lo que se refiere al espacio físico, la sala cuenta con doce habitaciones dobles, tres consultorios, un baño para pacientes, otro para el personal, un comedor-cocina, una oficina, un cuarto de terapia ocupacional, un cuarto de mantenimiento, una jefatura de enfermería, un cuarto de separo y un cubículo de psicología anexo a la sala.

La secuencia del trabajo (ver diagrama 1) fue la siguiente:

Inicialmente, se obtuvo el reporte verbal (por parte del personal de la sala) referente al problema de los reingresos. Asimismo, existía el inconveniente de que la sala no poseía datos cuantitativos que pudieran proporcionar una información confiable acerca de este problema. Ante la falta de estos datos nos cuestionamos: ¿cuál o cuáles son los deter

DIAGRAMA DE BLOQUES PARA PASOS A SEGUIR EN LA
INVESTIGACION

Diagrama 1



minantes que hacen que una persona presente una o varias conductas anormales, las cuales conllevan a un reingreso?, ¿será el medioambiente familiar, social, o laboral de la paciente al egresar de la sala, o serán los diversos tratamientos, o ambos?

Para delimitar nuestro problema de investigación, primeramente había que esclarecer que era un reingreso y que una reincidencia. Si tomabamos en cuenta un reingreso, este sería considerado como las veces que una paciente ingresaba a la sala después de haber sido dada de alta. Ahora bien, una reincidencia implicaba el que la paciente volviera a emitir conductas inadecuadas dentro de su medio ambiente conllevándola a un nuevo ingreso.

En base a lo anterior se llevó a cabo un período de observación de 5 meses en donde se obtuvo un porcentaje de 38% en relación a reingresos obtenidos con una muestra de 36 pacientes. Al mismo tiempo se realizaron registros anecdóticos con el fin de conocer, "a grandes rasgos", las conductas que emitían las pacientes en la sala. Conjuntamente con la observación, se hizo la revisión de los expedientes clínicos, esta parte del trabajo consistió en revisar y extraer datos (nombre completo de la paciente; edad; situación económica; estado civil; lugar de residencia; dependencia económica; número de hijos; número de personas que viven con la paciente; principales causas por las que la paciente ingresó; diagnóstico psiquiátrico y fármacos que le eran administrados) de la historia clínica de las pacientes. Primeramente, se revisaron las "hojas clínicas" disponibles dentro de la sala con el objeto de obtener datos de los familiares (esto se hizo con el fin de conocer la "relación" de la paciente con sus familiares) y

del problema que aquejaba a la paciente; posteriormente se procedió a la revisión de otro expediente donde se encontraba la historia clínica completa.

De la población total (36 pacientes) se obtuvieron los siguientes datos: según la clasificación de la APA (1968), por categorías de problemas, el porcentaje más alto fue de -- "neurosis" (ver tabla 1); en cuanto a diagnóstico psiquiátrico la "neurosis depresiva" y la "neurosis histérica" obtuvieron el mayor porcentaje con 16.6% cada una (ver tabla 2); con respecto a la cantidad de fármacos preescritos se obtuvo que un 25% de las pacientes tomaban 4 fármacos al día (ver tabla 3); en cuanto a la edad, el porcentaje mayor (33%) osciló entre 14 y 20 años (ver tabla 4); en lo que se refiere a la escolaridad el porcentaje más alto (19.4%) lo ocuparon las pacientes que tenían estudios secundarios incompletos (ver tabla 5); el porcentaje más alto (50%) en lo que respecta al estado civil fue ocupado por las pacientes solteras (ver tabla 6); y por último, el porcentaje más alto (30.5%) en cuanto a dependencia económica fue ocupado por las pacientes que dependían del esposo o del padre (ver tabla 7).

De la revisión de las historias clínicas, de la observación (registros anecdóticos), del reporte verbal del personal así como de las pacientes, pudimos deducir una hipótesis tentativa en el sentido de que el medio -- ambiente recreativo, familiar y/o laboral pudiera ser uno de los determinantes básicos en el problema de las reincidencias. Es por esto que consideramos a la sociedad como una de las principales emisoras de contingencias "problemáticas" para las pacientes.

De esta manera, planteamos la necesidad que tienen las pacientes de hacer frente a sus problemas, de saber "manejar" las situaciones en su contexto familiar, recreativo y laboral ya que consideramos a estas tres como las principales condiciones de interacción social.

Considerando la problemática que presentaban las pacientes en relación a un manejo adecuado de las contingencias en su contexto social se consideró que el entrenamiento asertivo sería el más adecuado a la problemática presentada; específicamente el ensayo conductual ya que por medio de esta se podría hacer énfasis en las interacciones sociales dadas en los contextos familiar, recreativo y laboral así como proporcionarles feedback y modelamiento de sus ejecuciones. Asimismo, esta técnica proporciona una participación más activa por parte de la paciente lo que podría llevar a un "enriquecimiento" de la situación terapéutica y de su repertorio en general.

Al tener delimitado el problema de investigación planteamos la siguiente pregunta: ¿Es el entrenamiento en habilidades sociales lo suficientemente efectivo para generalizar repertorios a situaciones extra-terapéuticas (casa, trabajo, etc.) en pacientes psiquiátricos y por lo tanto evitar con ello posibles --reincidencias?

En base a la pregunta anterior formulamos la siguiente hipótesis: el entrenamiento en habilidades sociales, por medio del ensayo conductual incrementa repertorios sociales en pacientes psiquiátricos y les permite un mejor manejo de las contingencias evitando situaciones problemáticas y ofreciendo una posibilidad para prevenir futuras reincidencias.

Para poder llevar a cabo la hipóte--
sis planteada desarrollamos el objetivo gene--
ral del trabajo y en base a este los objetivos
específicos. Por consiguiente, el objetivo ge
neral del trabajo fue: generar repertorios so--
ciales, por medio del ensayo conductual, en pa--
cientes reincidentes y no reincidentes, que --
les permitiera manejar las contingencias ade--
cuadas en su medioambiente natural y evitar --
con esto posibles reincidencias.

Del objetivo general se desprenden -
los siguientes objetivos específicos: 2/

- a) Ante un modelo que ejecute diferentes res--
puestas sociales (contacto visual, contacto
físico positivo, habla coherente) adecuadas
al contexto familiar, la paciente discrimi--
nará entre estas ejecutando la respuesta --
apropiada.
- b) Ante un modelo que ejecute diferentes res--
puestas sociales (contacto visual, contacto
físico positivo, habla coherente) adecuadas
al contexto recreativo (amigos), la pacien--
te discriminará entre estas ejecutando la --
respuesta apropiada.
- c) Ante un modelo que ejecute diferentes res--
puestas sociales (contacto visual, contacto
físico positivo, habla coherente) adecuadas
al contexto laboral, la paciente discrimina--
rá entre estas ejecutando la respuesta apro--
piada.
- d) Ante diferentes modelos de apariencia físi--
ca apropiada (postura adecuada y aseo perso--

2/ Ver apéndice 1 para los incisos a, b, c, y d.

nal) la paciente discriminará entre estos - ejecutando la respuesta apropiada.

- e) La paciente generalizará lo aprendido a situaciones de su medioambiente natural (familiar, social y laboral).

Seguidamente, hicimos la selección de la muestra a través de métodos aleatorios (muestreo probabilístico, en donde las unidades de observación se seleccionaron al azar; teniendo un enlistado de las pacientes se extrajo la muestra mediante el método de lotería). Se seleccionaron a 8 pacientes, 4 integraron el grupo experimental y 4 el grupo control (ver esquema 1), basándonos en los casos de pacientes que radicaban en el D.F. o área Metropolitana; esto ante la imposibilidad de tomar casos que radicaban en provincia, ya que al dárseles de alta había una probabilidad muy elevada de que no siguieran asistiendo al tratamiento. En lo que respecta a edad, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico, la muestra fue heterogénea debido a que no existían casos con condiciones exactamente iguales.

Grupo Experimental	Grupo Control
Trat. conductual	Trat. psiquiátrico
No reincidentes	No reincidentes
Paciente P2 Paciente P3	Paciente C1 Paciente C3
Reincidentes	Reincidentes
Paciente P1 Paciente P4	Paciente C2 paciente C4

Esquema 1: formación de los grupos experimental y control

Una vez seleccionada la muestra se procedió a la aplicación de tres tipos de medidas indirectas o inferenciales (cuestionario, entrevista y "lista checable"). El objeto de emplear este tipo de medidas fue identificar variables o relaciones atinentes al problema.

Primeramente, se aplicó un cuestionario (ver apéndice 2) previamente diseñado para obtener los siguientes datos:

- a) datos personales
- b) ambiente económico
- c) ambiente familiar
- d) ambiente social
- e) ambiente hospitalario.

Estos cuestionarios también poseían un anexo para datos de reincidentes o no reincidentes.

El siguiente paso fue la aplicación de una entrevista 3/ la cual contenía los siguientes puntos:

- a) datos personales de la paciente
- b) presentación del problema
- c) historia médica
- d) impresión clínica

Este tipo de entrevista englobaba -- los aspectos importantes del problema que aquejaba a la paciente.

Por último, se empleó una "lista che

3/ Hemos retomado aquí la secuenciación de entrevista clínica de las prácticas de la ENEPI.

cable" o "lista de cotejo" (ver apéndice 3) - que consistió en la presentación de frases u oraciones (por escrito) que expresaban determinada conducta la cual fue contestada por las enfermeras (puesto que éstas interactuaban mayor tiempo con las pacientes) marcando si la o las conductas estaban "presentes" o "ausentes", esto es, si se llevaban a cabo o no. Esta lista contenía los siguientes puntos:

- a) interacción de la paciente con otras compañeras y enfermeras.
- b) comportamiento en el comedor
- c) comportamiento en terapia ocupacional
- d) comportamiento en dormitorios
- e) comportamiento en deportes
- f) comportamiento en horas sociales
- g) comportamiento en las sesiones de comunidad terapéutica.

El siguiente paso en el trabajo fue el diagnóstico conductual (para cada una de las pacientes). Para llevar a cabo este análisis nos basamos en los componentes de un diagnóstico comportamental (Kanfer y Saslow, 1969) ^{4/}, el cual contiene los siguientes puntos:

- Análisis de la situación problema. Las principales quejas del paciente se clasifican en grupos de excesos y deficiencias comportamentales. En cada grupo se describen las dimensiones de frecuencia, intensidad, duración, propiedad de la forma y condiciones del estí

^{4/} En Kanfer y Phillips, Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento, 1976, p. 565 y 566.

sico. Se extiende el análisis anterior -- (comportamiento del paciente como individuo) al considerar las normas en su ambiente natural. Se definen los acuerdos y desacuerdos entre los patrones de vida propios del mismo y las del medio, de modo que se pueda establecer la importancia de estos factores al formular claramente los objetivos del tratamiento, tanto respecto a las necesidades del paciente como a las personas de su medioambiente social.

Una vez diagnosticadas las pacientes, en base al análisis anterior, se procedió a la definición de categorías conductuales. Dado -- que el enfoque de este trabajo estuvo encaminado hacia el entrenamiento en habilidades sociales, las categorías conductuales se definieron en base a la ejecución de conductas sociales -- adecuadas e inadecuadas al contexto social que se presentaba en cada sesión a las pacientes. -- Se registraron cuatro bloques conductuales:

- a) orientación espacio-tiempo-persona (era importante conocer si las pacientes estaban -- "conscientes" del lugar en donde se encontraban, el día en que estaban "viviendo" -- así como el saber "quienes son").
- b) aseo (uno de los objetivos era el de que -- las pacientes cuidaran más su aspecto físico, ya que reporte verbal de algunas de -- ellas eran "regañadas" por no andar "limpias y bien vestidas").
- c) conductas adecuadas a la escena (era importante conocer cómo la paciente, por medio -- del ensayo conductual, aprendía a responder asertivamente en la situación problemática --

que se le presentaba)

- d) conductas inadecuadas a la escena (era importante conocer cómo la paciente, por medio del ensayo conductual, decrementaba sus respuestas inadecuadas que emitía en las diferentes situaciones que se le presentaban).

El primer bloque, referente a la orientación espacio-tiempo-persona (OETP) involucró el reporte verbal de la paciente, del nombre y apellidos completos, edad, fecha de nacimiento, hora del día, lugar y tiempo de permanencia en la sala o de haber sido dada de alta. Estas categorías se computaron en base a su ocurrencia o no ocurrencia durante cada sesión.

El segundo bloque, referente al aseo (As), involucró el aseo corporal (baño, uñas, cabello y dientes limpios); aseo del vestuario (vestido y zapatos limpios) y peinado del cabello. Se computó su ocurrencia sólo si cumplía con los tres requisitos mencionados.

El tercer bloque, referente a las conductas adecuadas a la escena, involucró las siguientes categorías: 5/

- a) Contacto visual: contacto ojo a ojo entre la paciente y el modelo.
- b) Contacto físico iniciado: cualquier conduc-

5/ Hemos retomado aquí las definiciones, para los incisos a), b) y c), dadas por Ribes, E. Técnicas de modificación de conducta. 1976, pp. 113 y 141.

ta de la paciente que la haga entrar, sin violencia, en contacto físico con el modelo -tocarlo en cualquier parte del cuerpo, tomarle la mano, abrazarlo, dar palmaditas, - besarlo.

- c) Contacto físico respondiente: cualquier conducta de la paciente, en respuesta al modelo, que la haga entrar sin violencia en contacto físico con el modelo, tocarlo en cualquier parte del cuerpo, tomarle la mano, -- abrazarlo, darle palmaditas, besarlo.
- d) Postura adecuada: al caminar, sentarse, o - estar de pie la paciente tendrá la espalda recta, la cabeza erguida, las piernas lo -- más juntas posible y los brazos paralelos - al cuerpo, cruzados al frente o en el regazo.
- e) Conducta asertiva: la ejecución total de -- las normas o reglas contenidas en la esce-- na; esto es, el rol manifiesto en situaciones familiares, recreativas y laborales -- (ver apéndice 1).

El cuarto y último bloque involucró las siguientes categorías conductuales: 6/

- a) Manerismos: conducta motora, voluntaria y - no espasmódica, que involucra rotaciones -- rítmicas y rápidas de manos y dedos.
- b) Tics: conducta motora repetitiva que involucre parpadeo, movimiento de músculos facia-

6/ Para los incisos f), g), h) y j) se han retomado - las definiciones dadas por Ribes, op. cit., pp. 142 143.

les, contracciones abdominales o movimientos de cabeza, torso y extremidades.

- c) Alucinaciones: reporte verbal, sin que exista un estímulo físico externo, de percepciones auditivas, visuales, olfativas, táctiles y gustativas.
- d) Ilusiones: reporte verbal, ante un estímulo físico externo, que involucre percepciones auditivas, olfativas, táctiles y gustativas.
- e) Delirio: reporte verbal, sin la presencia de un estímulo físico externo, de acciones "ficticias" en que está involucrado el sujeto.
- f) Agresión física: conducta motora, intensa o violenta, que involucre golpes, con alguna parte del cuerpo o con objetos, al modelo o a los registradores.
- g) Agresión verbal: conducta verbal-vocal de volumen, tono e inflexión intensa que involucre palabras, frases u oraciones peyorativas dirigidas al modelo o a los registradores.
- h) Llanto: conducta que se refiera a llorar, gimotear o quejarse sin lágrimas sin que exista un estímulo físico externo que provoque esa respuesta.
- i) Habla incoherente: conducta verbal-vocal que involucre la unión arbitraria y azarosa de las palabras en frases u oraciones o la distorsión del significado de las palabras.

- j) Risa inapropiada: conducta referida a reír, ante el modelo o los registradores, sin que exista un estímulo físico externo que provoque esa respuesta.
- k) Mutismo: ante la presentación de un estímulo (presentado por el modelo) el sujeto no emitirá ninguna respuesta, ya sea verbal-vocal o verbal-motora.

De este último bloque de categorías conductuales se computó la frecuencia en cada sesión.

DISEÑO EXPERIMENTAL

Sujetos.

Se trabajó con 8 pacientes del sexo femenino designadas como P1, P2, P3 y P4 para el grupo experimental (ver tabla 8) y C1, C2, C3 y C4 para el grupo control (ver tabla 9).

P1: sujeto del sexo femenino de 19 años de -- edad; soltera sin hijos; con un nivel so--cioeconómico alto; con estudios a nivel -- preparatoria; con un diagnóstico psiquiá--trico de "depresión" (con intento suicida y trastorno psicosexual). P1 había reincidido dos veces (ver apéndice 4).

P2: sujeto del sexo femenino de 21 años de -- edad; casada con un hijo; con un nivel so--cioeconómico medio; con estudios a nivel - de secundaria y comercio; con un diagnósti--co psiquiátrico de "depresión severa" (con reacción suicida y homicida). P2 no había reincidido anteriormente (ver apéndice 5).

- P3: sujeto del sexo femenino de 18 años de -- edad; casada sin hijos; con un nivel socioeconómico bajo; con estudios a nivel de secundaria y comercio; con un diagnóstico -- psiquiátrico de "neurosis depresiva" (con riesgo suicida). P3 no había reincidido -- anteriormente (ver apéndice 6).
- P4: sujeto del sexo femenino de 21 años de -- edad; soltera sin hijos; con un nivel so--cioeconómico medio; con estudios a nivel -- de secundaria y comercio; con un diagnósti--co psiquiátrico de "episodio depresivo y -- personalidad borderline" (con trastorno psi--cosexual e intento suicida). P4 había -- reincidido dos veces (ver apéndice 7).
- C1: sujeto del sexo femenino de 22 años de -- edad; casada con dos hijos; con un nivel -- socioeconómico medio; con estudios a nivel de primaria; con un diagnóstico psiquiátri--co de "personalidad borderline" (con inten--to suicida). C1 no había reincidido ante--riormente (ver apéndice 8).
- C2: sujeto del sexo femenino de 68 años de -- edad; casada sin hijos; con un nivel socioeconómico alto; con estudios a nivel de -- maestría; con un diagnóstico psiquiátrico de "depresión unipolar" (con intento suici--da). C2 había reincidido tres veces (ver -- apéndice 9).
- C3: sujeto del sexo femenino de 19 años de -- edad; soltera sin hijos; con un nivel so--cioeconómico medio; con estudios a nivel -- de secundaria; con un diagnóstico psiquiá--trico de "neurosis depresiva" (con trastor--no psicosexual e intento suicida). C3 no --

había reincidento anteriormente (ver apéndice 10).

C4: sujeto del sexo femenino de 16 años de edad; soltera sin hijos; con un nivel socioeconómico bajo; con estudios a nivel de secundaria; con un diagnóstico psiquiátrico de "depresión severa" (con intento suicida). C4 había reincidento dos veces (ver apéndice 11).

Escenario.

Se trabajó en un cubículo adjunto a la sala de psiquiatría del Hospital Central Militar, cuyas dimensiones eran de 4.5 X 3 mts. El cuarto era iluminado a través de una ventana de 1.80 X 2.50 mts. la cual se encontraba ubicada frente a la puerta de entrada. En el cubículo se encontraban un escritorio, un librero y cinco sillas (ver figura 1).

Materiales.

Se emplearon hojas de registro, relojes, lápices, fichas de cartón, libros, tarjetas "motivacionales" y cosméticos.

Reforzadores.

Se emplearon dos tipos de reforzamiento: a) Social. El cual involucraba la aprobación verbal por parte del experimentador-modelo de las respuestas asertivas emitidas por las pacientes y el contacto físico positivo que consistía en dar palmaditas a las pacientes. b) No social. Consistente en fichas de cartón que se daban al final de cada sesión, los que al final del tratamiento fueron canjeadas por libros y tarjetas "motivacionales".

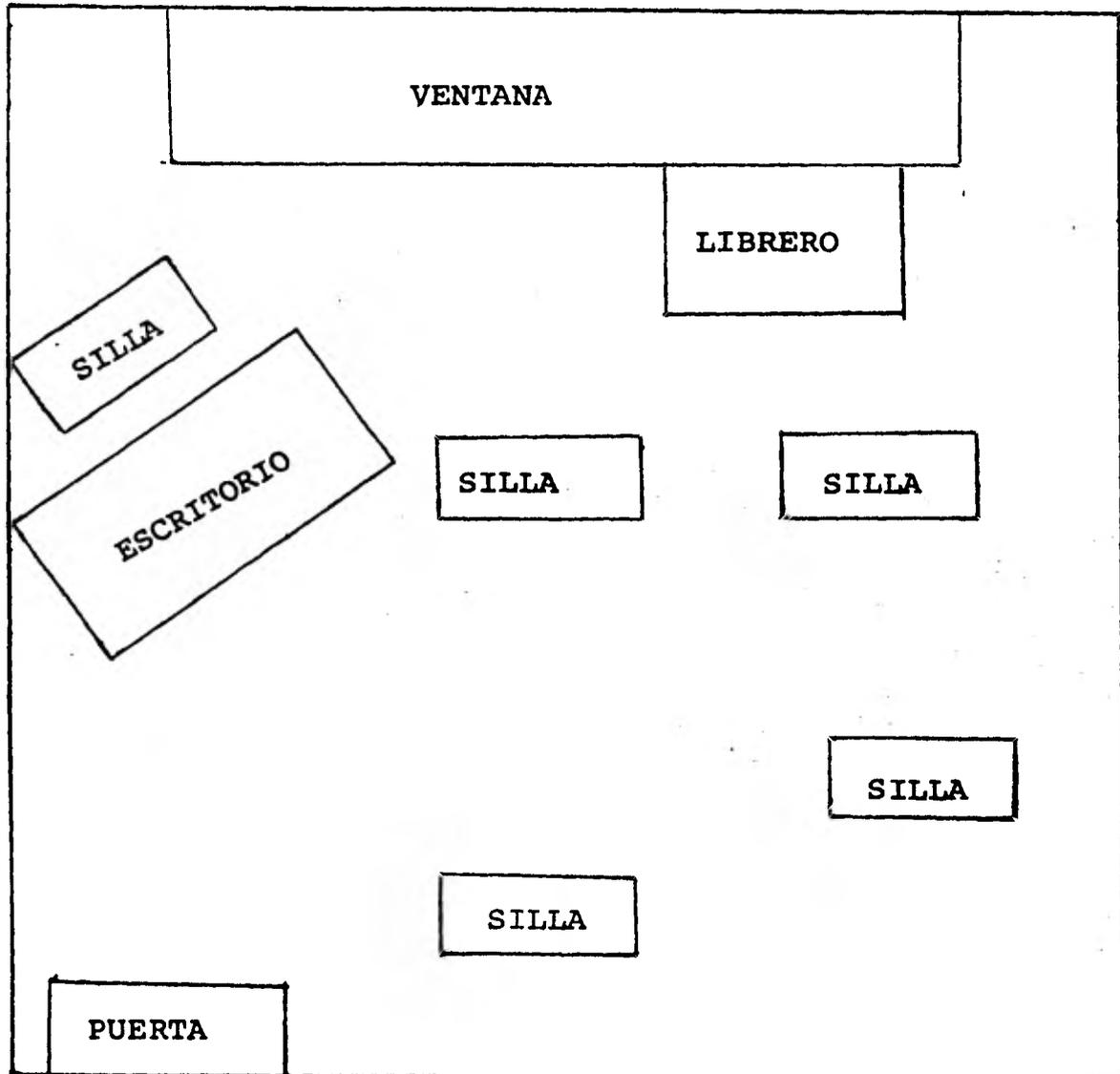


Figura 1: representación esquemática del escenario utilizado; donde se llevó a cabo el tratamiento.

Tipo de registro.

Se utilizaron dos formas de medidas directas, específicamente para la fase experimental (ver hoja de registro 1). La hoja de registro incluía cuatro secciones: la primera, referente a los datos de la sesión (día, hora, etc.) y la paciente (nombre de ésta); la segunda, referente a las conductas denominadas como orientación espacio-tiempo-persona; la tercera relacionada a las conductas presentadas durante los ensayos conductuales; la última parte se refería a las conductas "inadecuadas" que pudieran presentarse a lo largo de la sesión.

Para la segunda y tercera sección de la hoja de registro se empleó un registro de ocurrencia que consistió en anotar si se presentaba o no la respuesta. En lo que respecta a la cuarta sección se utilizó un registro de frecuencia donde se anotaba el número de veces que se presentaba la o las conductas durante la sesión.

Confiabilidad.

Para obtener la confiabilidad en los registros de ocurrencia se utilizó la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de } C = \frac{\text{No. de acuerdos entre observadores}}{\text{No. de acuerdos} + \text{No. de desacuerdos}} \times 100$$

Para el registro de frecuencia se utilizó la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de } C = \frac{\text{No. menor de eventos registrados}}{\text{No. mayor de eventos registrados}} \times 100$$

La confiabilidad se obtuvo, entre dos registradores, para cada sesión de cada fase del trabajo.

Procedimiento.

Antes de describir las fases del trabajo queremos mencionar que conjuntamente con el tratamiento conductual las pacientes recibieron tratamiento psiquiátrico; ambos tratamientos fueron a nivel individual. El tratamiento psiquiátrico, a nivel individual, se llevaba a cabo dos veces por semana, no teniendo una duración específica de tiempo. A nivel de grupo las pacientes tenían una sesión por semana. Al mismo tiempo, las pacientes estaban bajo tratamiento psicofarmacológico (ver tablas 10 y 11). Los datos de fármacos se obtuvieron por medio de un registro diario (ver hoja de registro 2) que se obtenía a través de los "expedientes metálicos" y en donde se encontraba anotado el nombre del fármaco y la dosis correspondiente. Cabe aclarar que pese a que la paciente tenía preescrito cierto fármaco, este podía ser o no tomado dependiendo de las instrucciones del médico sin que el cambio o suspensión del fármaco fuera anotado en dicho expediente.

Fases utilizadas para llevar a cabo este trabajo:

- a) Línea base.
- b) Tratamiento.
- c) Sondeo.
- d) Prueba.
- e) Seguimiento.

REGISTRO DE FARMACOS
HOJA DE REGISTRO 2

PACIENTE	FARMACO	DOSIS	FECHA

Línea base.- Durante esta fase se -- presentaron nueve escenas de ensayos conductuales; las primeras tres escenas fueron referentes a la situación familiar, las siguientes -- tres escenas fueron referentes a la situación recreativa, y las últimas tres referentes a la situación laboral. En cada una de las escenas se presentaba una situación reforzante, castigante y de extinción respectivamente.

El procedimiento a seguir fue el siguiente: la paciente se sentaba frente al modelo y éste narraba la escena y luego pedía a la paciente que actuara lo que haría o diría en esa situación; si la paciente no actuaba, no se le instigaba a que lo hiciese y seguidamente se continuaba con la próxima escena. El modelo no emitía ningún juicio aprobatorio o desaprobatorio (para conocer el contenido de las escenas remitirse al apéndice 1).

Se presentaron tres sesiones de línea base con una duración de treinta minutos -- cada una.

Los registradores estaban situados -- en los extremos del escenario experimental de tal manera que la paciente no pudiera verlos -- directamente.

Tratamiento.- Durante esta fase se -- presentaron cuatro escenas de juego de roles -- en cada sesión. Tres escenas estuvieron elaboradas de antemano y la última se refería a una situación en específico que ocasionaba un problema a la paciente. Esta última escena era -- narrada por la paciente y seguidamente el modelo le solicitaba que actuara lo que haría o diría en esa situación, si la respuesta no era -- asertiva el modelo representaba la respuesta --

adecuada y la paciente tenía que repetirla - - hasta ejecutar la respuesta asertiva.

Las primeras tres escenas fueron semejantes a las condiciones referidas en línea base (situación castigante, reforzante y de -- extinción en contextos recreativos, laboral y familiar); a diferencia de que una vez que la paciente emitía la respuesta esta era reforzada.

Si la paciente no cumplía con los requisitos de asertividad el modelo le mostraba como hacerlo, daba instrucciones y se repetía la escena.

Si la paciente cumplía con los requisitos de asertividad el modelo la reforzaba -- con una sonrisa, hacia un comentario ("eso -- está perfecto", "muy bien", etc.) acerca de su ejecución y le daba algunas palmaditas.

La duración de las sesiones fue de -- treinta minutos, como máximo, diariamente (de lunes a viernes) durante 10 días para las pacientes P2, P3 y P4; para la paciente P1 fue -- de 15 días ya que por su historial clínico y -- su marcado déficit en conducta asertiva los -- diez resultaron insuficientes. Asimismo, esta paciente tuvo una estancia más prolongada que las otras y por consiguiente se prolongó el -- tratamiento.

Dado que las sesiones fueron diarias, se introdujo un sistema motivacional, por medio de fichas de cartón, para asegurarnos de -- la asistencia de las pacientes. Estas fichas fueron canejadas al final de la fase de prueba por libros y tarjetas "motivacionales". A --

cada ficha se le ponían las iniciales del nombre de la paciente así como la fecha en la que se les había dado para evitar con esto posibles pérdidas; asimismo, en cada sesión, la paciente tenía que llevar todas las fichas acumuladas; por otro lado, se anotaba en la hoja de registro si la paciente había recibido ficha en esa sesión.

Sondeo.- Un día posterior a la última sesión de tratamiento se inició el sondeo, en esta fase se seleccionaron cuatro escenas al azar de las que se habían presentado en la fase de tratamiento; cada una de las escenas fueron iguales a las condiciones referidas anteriormente con la diferencia de que el modelo no proporcionó ninguna contingencia. Simplemente se le pedía a la paciente que actuase la escena. La duración de esta fase fue de una sesión de treinta minutos. 8/

Prueba.- Al día siguiente de finalizado el sondeo se llevó a cabo la fase de prueba. En esta fase se elaboraron cuatro escenas que no habían sido presentadas, cumpliendo cada una con las condiciones señaladas con anterioridad. Igual que en el sondeo, el modelo no proporcionó ninguna contingencia. La paciente actuó cada una de las escenas. La duración de esta fase fue de una sesión de 30 minutos. 9/

Seguimiento.- Esta última fase consistió de un registro semanal (ver hoja de registro 3) para saber si alguna de las pacientes, tanto del grupo experimental como del grupo --

8/ Fase señalada por Ribes, E. op. cit., p. 96

9/ Fase señalada por Ribes, E. op. cit., p. 97

control habían reincidido. Este registro se --
llevó a cabo una vez que la paciente estuvo --
dada de alta.

Resultados.

Inicialmente se analizarán los resul-
tados individualmente (intrasujetos del grupo
experimental) por fase para cada una de las ca-
tegorías conductuales, y se hará una compara-
ción en términos de "ganancia" en porcentajes,
de línea base a fase de prueba.

Seguidamente se analizarán los datos
intersujetos (del grupo experimental) por fase,
para cada una de las categorías conductuales e
igualmente se compararán en términos de "ganan-
cia" en porcentajes, de línea base a fase de -
prueba.

Los datos obtenidos en cada una de -
las sesiones de cada fase así como su represen-
tación gráfica pueden verse en la tabla 12 y -
figuras 10-11 para P1; la tabla 14 y figuras -
12-13 para P2; la tabla 16 y figura 14-15 para
P3 y finalmente la tabla 18 y figuras 16-17 --
para P4. La suma de estos datos constituyen -
el porcentaje global, por fase, en cada una de
las diferentes categorías que se analizarán a
continuación.

En la representación gráfica de los
resultados (individuales e interpacientes), la
abscisa muestra las fases del trabajo y la or-
denada dá el porcentaje de respuestas emitidas

por la (s) paciente (s).

Los resultados obtenidos con P1 se encuentran representados en la figura 2 (ver tabla 13). Para P1 en la fase de línea base en la categoría de OETP obtuvo un 85.7%; en la categoría de aseo obtuvo un 100%; en ASERTIVIDAD obtuvo un 27.2% y en respuestas "inadecuadas" un 46.2% (manerismos) y un 42.2% en "risa inapropiada". En la fase de tratamiento en las categorías de OETP y aseo obtuvo un 100% en cada una de estas; en ASERTIVIDAD obtuvo un 72.1% y en respuestas inadecuadas un 23.9% (manerismos) y un 22.6% en "risa inapropiada". En la fase de sondeo obtuvo un 100% en las categorías de OETP, aseo y ASERTIVIDAD y un 0% en conductas "inadecuadas". Finalmente, en prueba obtuvo un 100% en OETP, aseo y ASERTIVIDAD y un 0% en conductas "inadecuadas". De lo anterior se desprende que P1 de línea base a fase de prueba obtuvo, en la categoría de OETP un incremento de 14.3% en la categoría de aseo se mantuvo estable en 100%; la ASERTIVIDAD se incrementó un 72.8% y las respuestas "inadecuadas" se decrementaron a 0% tanto para manerismos y risa inadecuada.

Los resultados obtenidos con P2 se encuentran representados en la figura 3 (ver tabla 15). Para P2 en la fase de línea base en la categoría de OETP obtuvo un 92.8%; en aseo un 90.4; en ASERTIVIDAD un 60.6%; en respuestas inadecuadas (en este caso solo se presentaron "manerismos") un 16.6%. En la fase de -

tratamiento obtuvo un 89.9% en OETP; en aseo - un 100%; en ASERTIVIDAD un 74.3% y en respuestas "inadecuadas" (manerismos) un 22.07%. En sondeo lo mismo que en prueba obtuvo un 100% - en OETP, aseo y ASERTIVIDAD y un 0% en manerismos. Así podemos ver que P2 de línea base a fase de prueba obtuvo un incremento de 7.1% en OETP; en aseo obtuvo un incremento de 9.6% en ASERTIVIDAD un 39.4% en manerismos se decremento a un 0%.

Los resultados obtenidos por P3 se encuentran representados en la figura 4 (ver tabla 17). Para P3 en la fase de línea base en la categoría de OETP obtuvo un 100%; en aseo también obtuvo 100%; en ASERTIVIDAD obtuvo un 56.9% y en respuestas inadecuadas (en este caso solo se dio "manerismos") un 56%. En la fase de tratamiento obtuvo un 99.2% en OETP; en aseo un 93.5%; en ASERTIVIDAD un 78.7% y en manerismos un 19.9%. En sondeo y prueba obtuvo un 100% en OETP, aseo y ASERTIVIDAD; y un 0% en manerismos. De lo anterior, podemos ver que P3 de línea base a fase de prueba se mantuvo estable en 100% en la categoría de OETP y en aseo; en ASERTIVIDAD obtuvo un incremento de 43.1%; finalmente los manerismos se decretaron a un 0%.

Los resultados obtenidos con P4 se encuentran representados en la figura 5 (ver tabla 19). Para P4 en la fase de línea base en la categoría de OETP obtuvo un 97.6%; en --

PORCENTAJES POR FASE DE P1

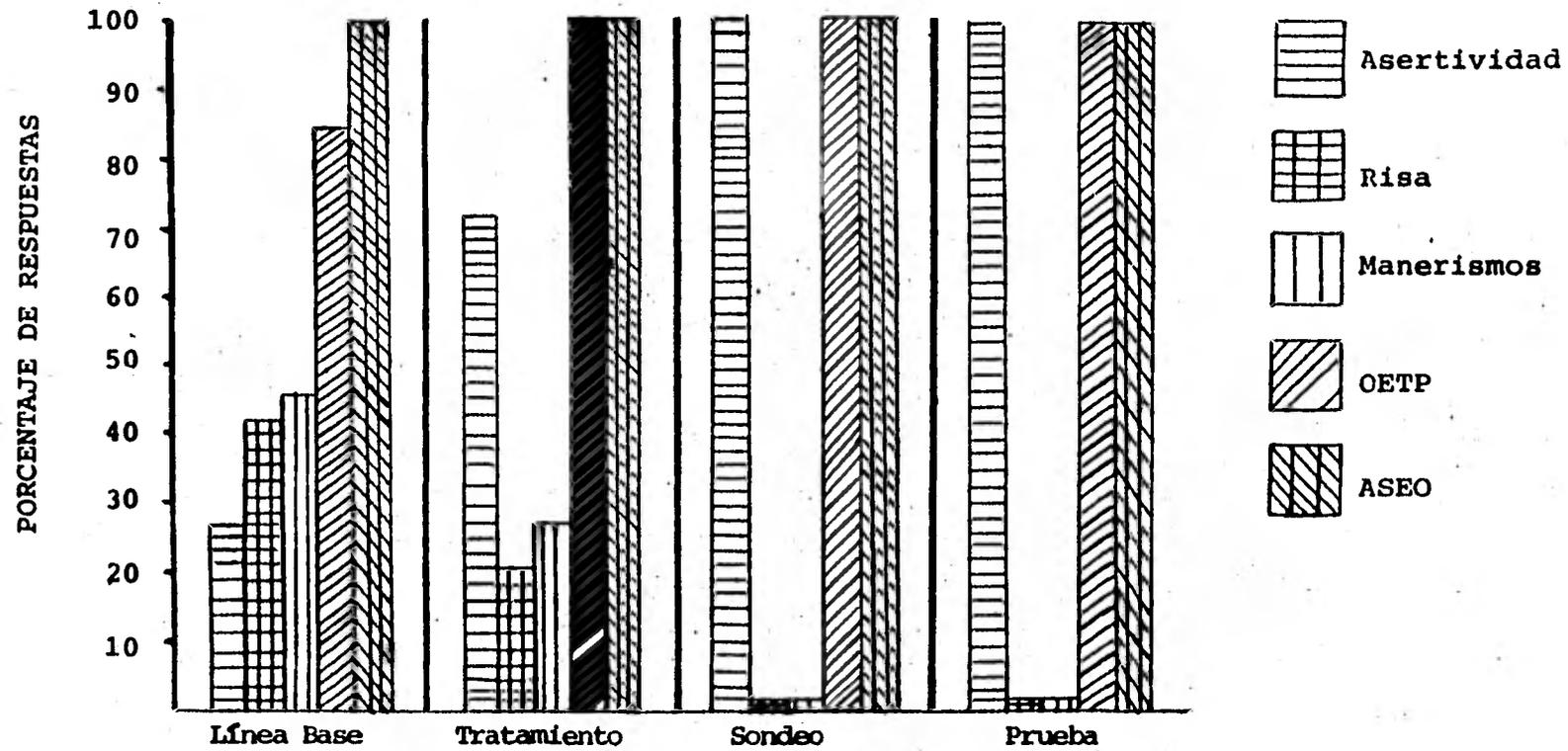


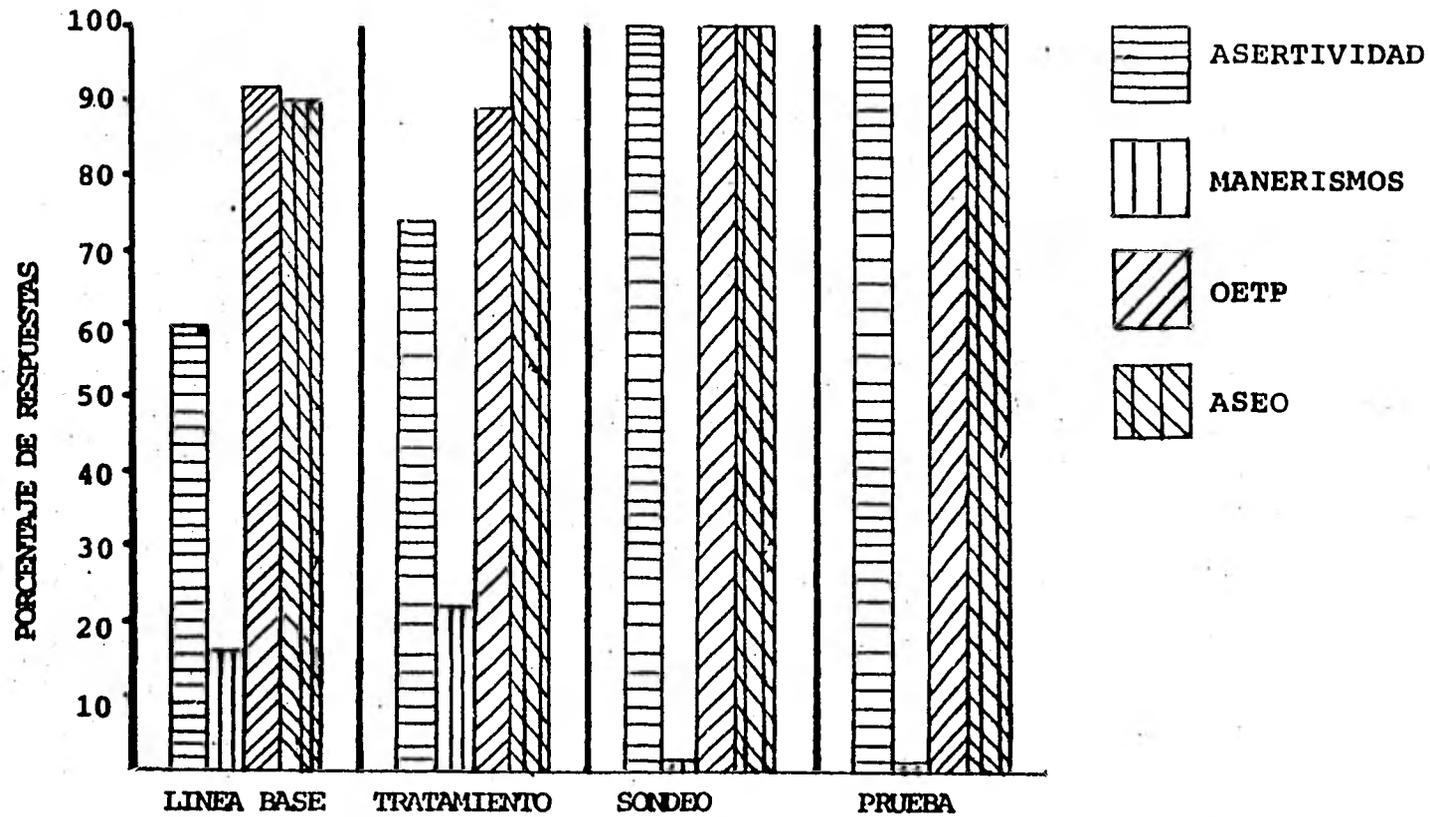
Fig. 2

aseo un 100%; en ASERTIVIDAD un 62.9%; y en -- respuestas "inadecuadas" (manerismos) un 52.3%. En tratamiento obtuvo un 97.9% en OETP; en -- aseo un 100%; en ASERTIVIDAD un 69.2% y en "manerismos" un 24.4%. En sondeo y prueba obtuvo un 100% en OETP y aseo, y un 95% en ASERTIVI--DAD; finalmente, en manerismos obtuvo un 0%. - Por lo anterior vemos que P4 de línea base a - fase de prueba obtuvo un incremento de 2.4% en OETP; en aseo se mantuvo estable en un 100%, - en ASERTIVIDAD obtuvo un incremento de 32.1% y finalmente en "manerismos" se decrementó a un 0%.

En cuanto a la comparación interpa-- ciente por fase se obtuvo lo siguiente:

En línea base en la categoría OETP - (ver figura 6), P3 obtuvo un 100% en la ejecu-- ción; P4 un 97.6% P2 un 92.8% y P1 un 85.7% -- siendo el más bajo. De lo anterior se despren-- de que la diferencia más notoria fue de P1 con un 24.3% en relación a P3; P2 y P4 obtuvieron un decremento no muy significativo de 7.2% y - 2.4% respectivamente en relación a P3. En la

PORCENTAJES TOTALES POR FASE DE P2



50

FIG. 3

PORCENTAJES TOTALES POR FASE DE P3

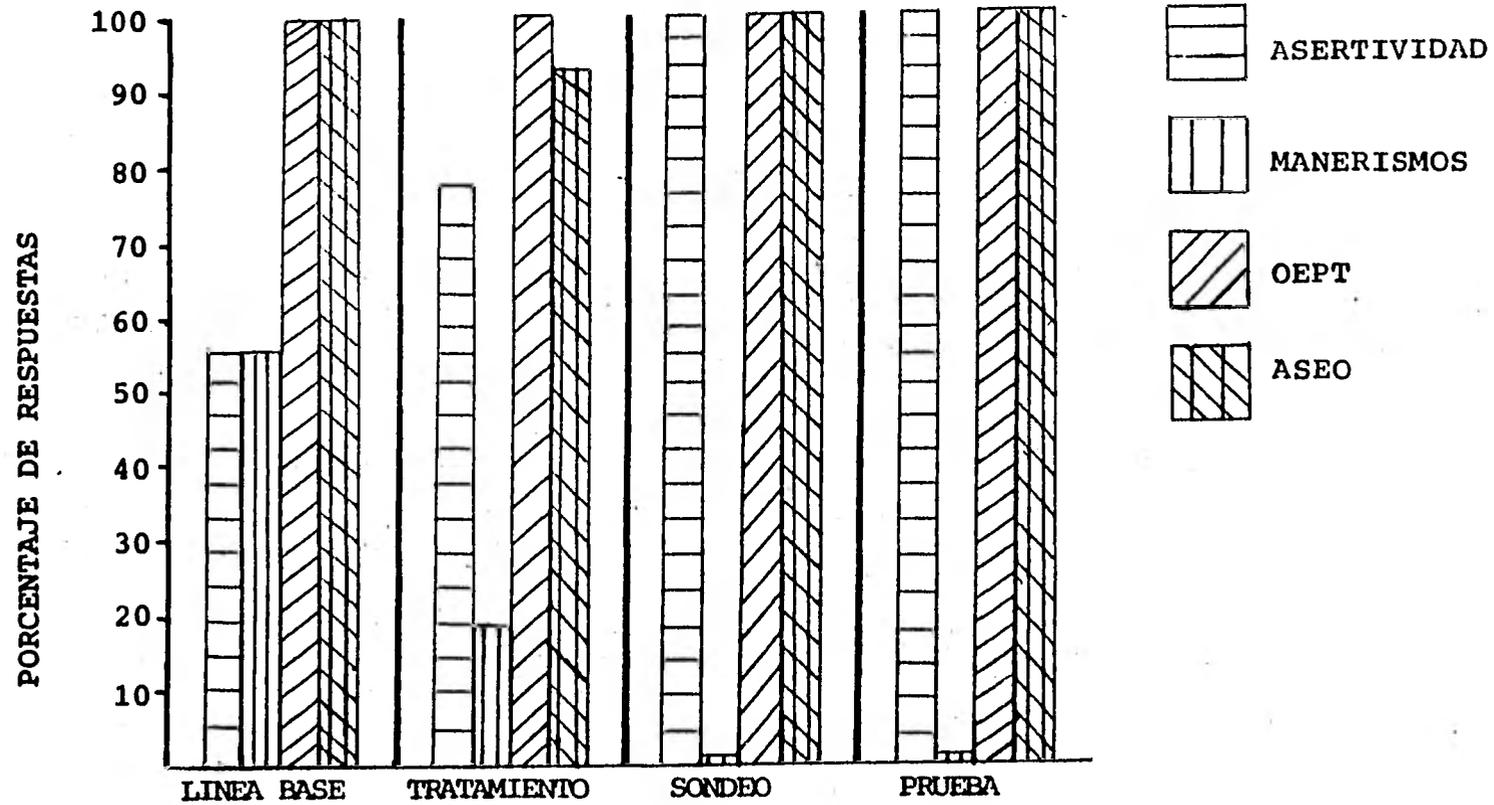


FIG. 4

PORCENTAJES TOTALES POR FASE DE P4

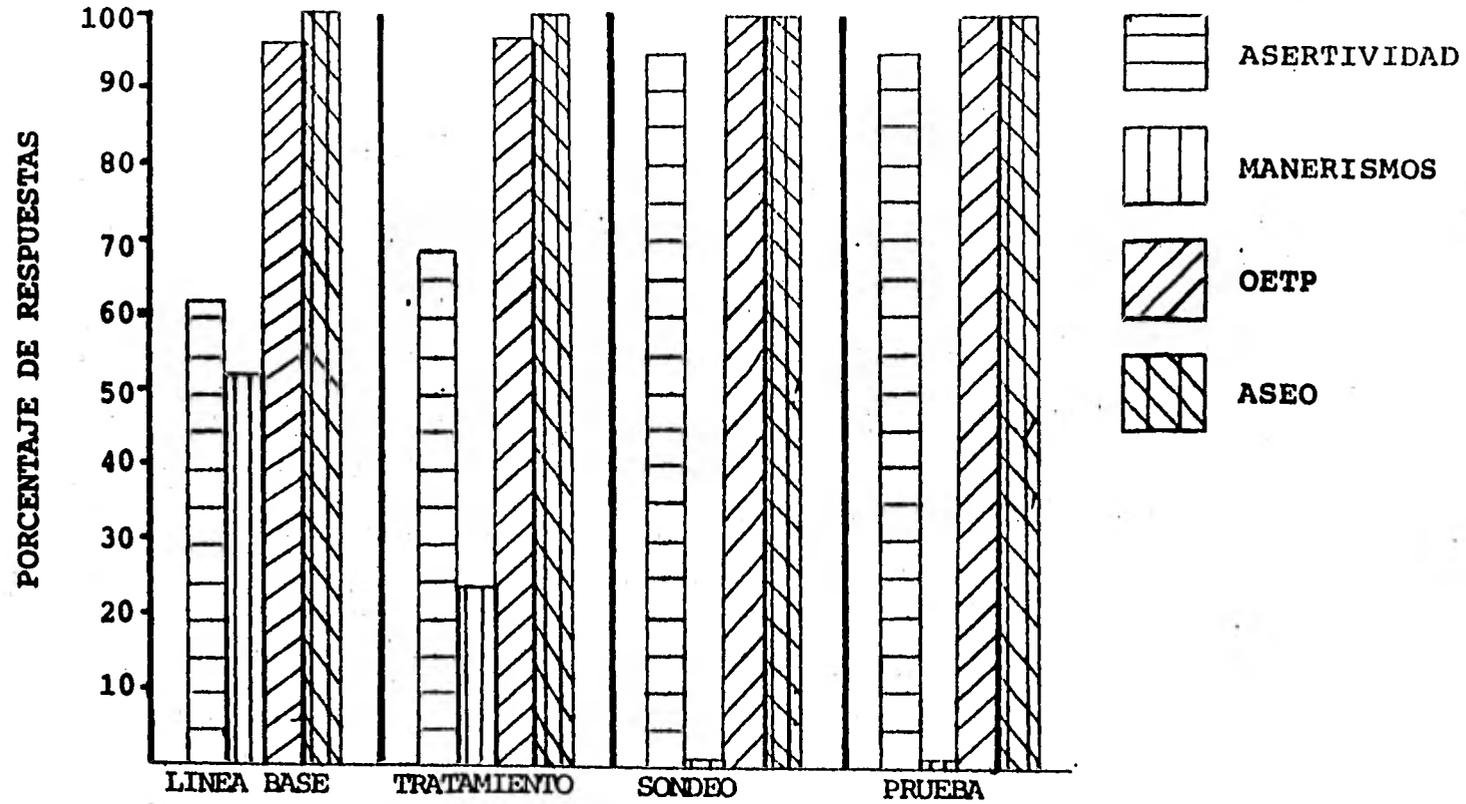


FIG. 5

PORCENTAJE DE OETP POR FASE INTERPACIENTES

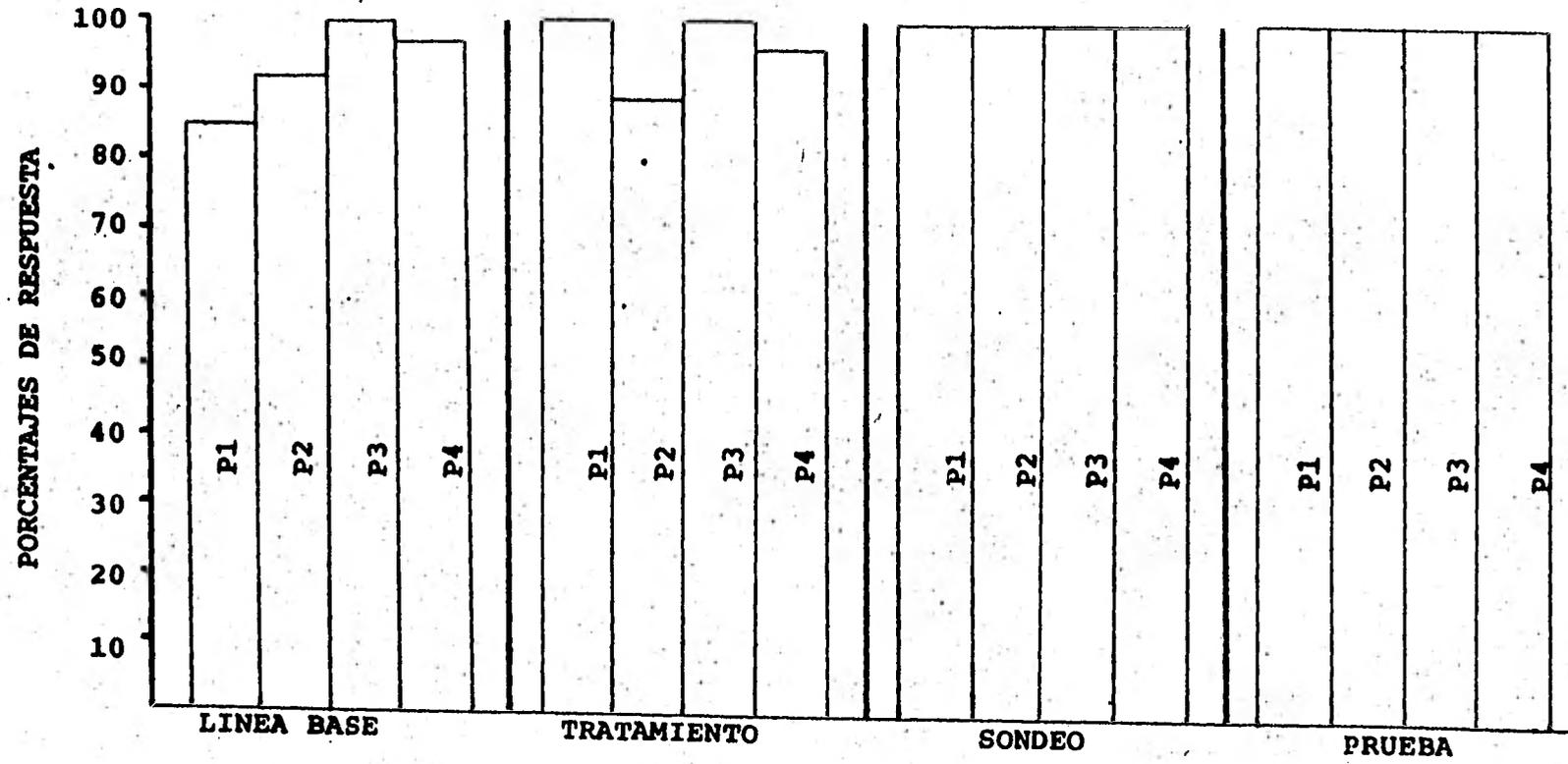


FIG. 6

PORCENTAJE DE ASEO POR FASE INTERPACIENTES

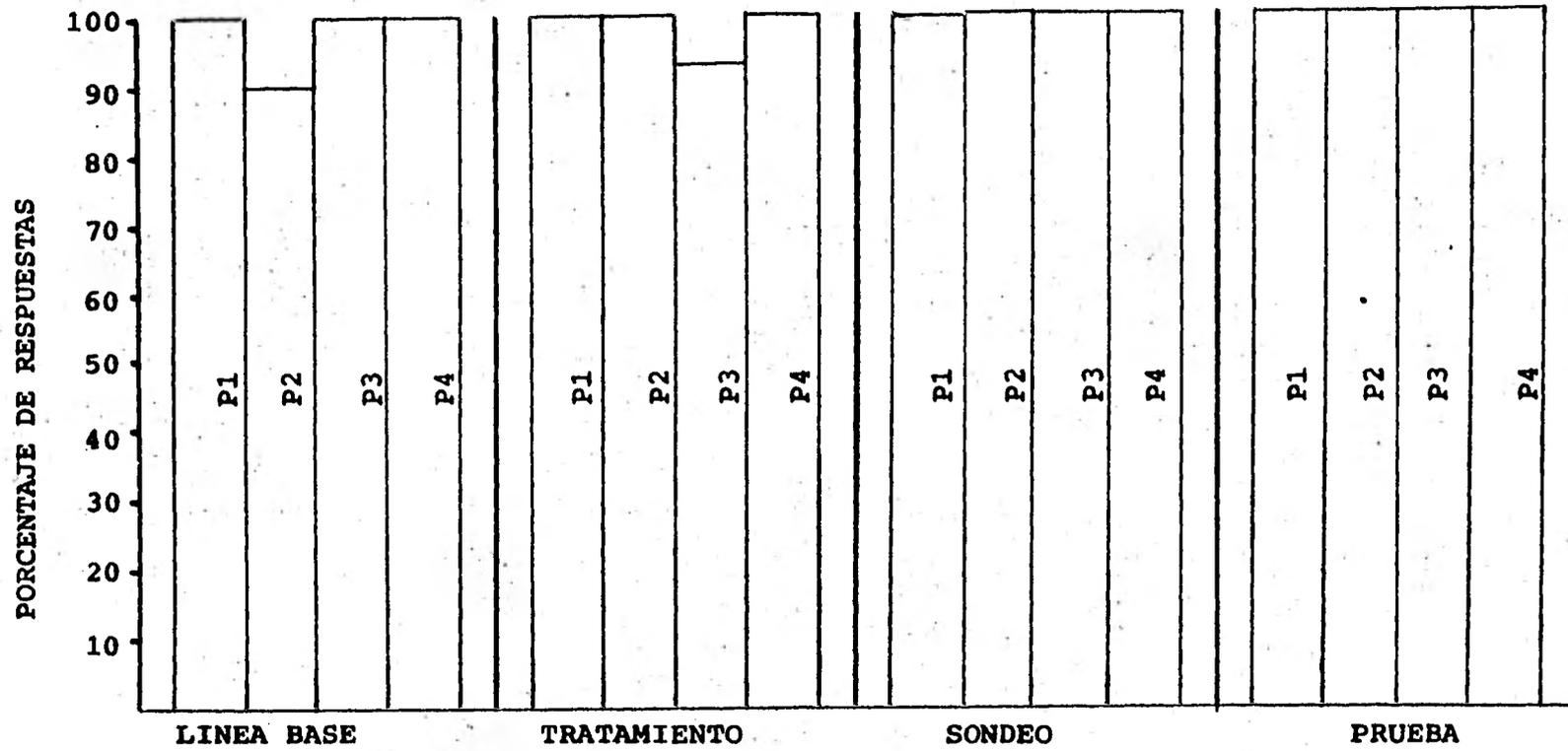


FIG. 7

categoría de aseo (ver figura 7), P1, P3 y P4 obtuvieron un 100% y P2 un 90.4% lo que representa un decremento de un 9.6% con respecto a las otras pacientes. En ASERTIVIDAD (ver figura 8), P4 obtuvo un 62.9% siendo el más alto; P2 obtuvo un 60.6%; P3 un 56.9% y P1 un 27.2% siendo el más bajo, lo que indica que P1 tenía una diferencia de 35.7% en relación a P4; tenía una diferencia de 2.3% en relación a P4, y P3 tenía una diferencia del 6% en relación a P4. En lo que respecta a respuestas "inadecuadas" (manerismos) (ver figura 9), P3 presentaba un 56% siendo el más alto del grupo; P4 un 52.3%; P1 un 46.2% y P2 un 16.6% siendo el más bajo; además P1 fue la única que presentó "risa inapropiada" obteniendo un 42.2%. Lo anterior indica que P4 presentaba un decremento de 3.7%; P1 un 9.8% y P2 un 39.8% en relación a P3.

En la fase de tratamiento en la categoría de OETP el porcentaje más alto lo obtuvo P1 con un 100%; P3 obtuvo un 99.2%; P4 un 97.9% y P2 un 89.9% lo que indica que P3 obtuvo un decremento de .8%, P4 un 2.1% y P2 un 10.1% en relación a P1. En la categoría de aseo, P1, P2 y P4 obtuvieron un 100% siendo P3 el más bajo con 93.5% lo que indica un déficit en relación a las anteriores de un 6.5%. En ASERTIVIDAD P3 obtuvo un 78.7%, siendo el más alto; P2 un 74.3%; P1 un 71.2% y P4 un 69.2% lo que indico que en relación a P3, P2 tuvo un déficit de 4.4%; P1 un 6.6% y P4 un 9.5%. En respuestas "inadecuadas" (manerismos) P4 obtuvo un 24.4%, P1 un 23.9%, P2 un 22.07% y P3 un 19.9%; además P1 presentó un 22.6% en "risa inapropiada"; lo anterior indica que P1 tuvo un incremento de .5% P2 un 2.4% y P3 un 4.5% en relación a P4.

PORCENTAJE DE ASERTIVIDAD POR FASE INTERPACIENTES

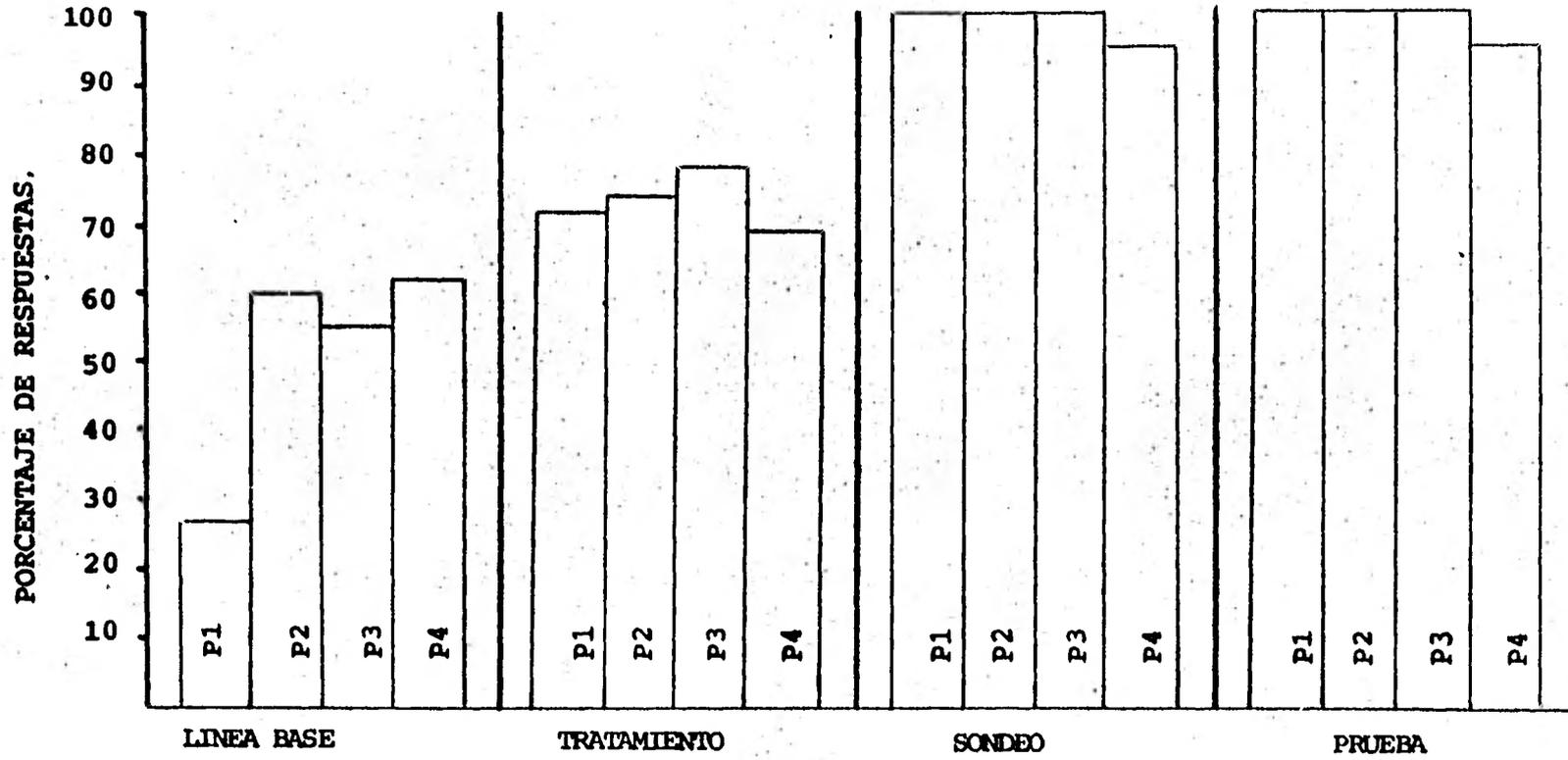


FIG. 8

PORCENTAJE DE RESPUESTAS INADECUADAS (MANERISMOS Y RISA) POR FASE INTERPACIENTES

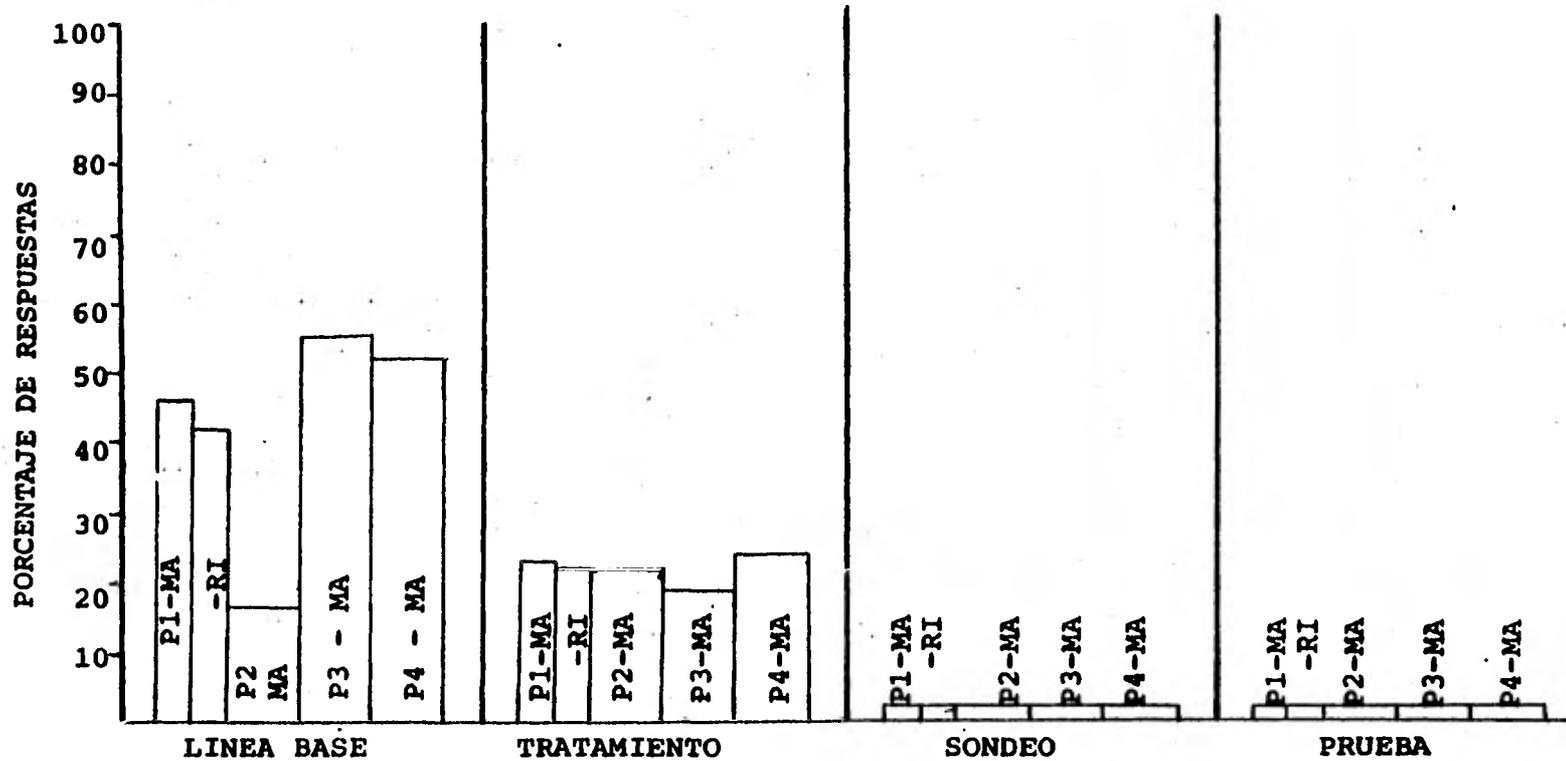


FIG. 9

Tanto en la fase de sondeo como en la de prueba P1, P2 y P3 obtuvieron 100% en las categorías de OETP, aseo y ASERTIVIDAD, mientras que P4 obtuvo un 100% en OETP y aseo presentando un 95% en ASERTIVIDAD, lo que indicó que tuvo un déficit del 5% en relación a las otras pacientes. Asimismo, en respuestas "inadecuadas", P1, P2, P3 y P4 alcanzaron un 0%. Además P1 también lo obtuvo en "risa inapropiada".

Las condiciones de tratamiento del grupo control fueron muy diferentes a las del grupo experimental debido a las limitaciones encontradas al no poder estar presentes los experimentadores en la situación de terapia psiquiátrica. De este modo, no fue posible efectuar comparaciones a nivel de porcentajes de ejecuciones. Por lo tanto, la comparación entre los grupos se hizo por medio del seguimiento.

Ante la escasa cooperación por parte de los familiares de las pacientes y considerando que los experimentadores resultaban una variable extraña en el contexto familiar de éstas, no fue posible obtener datos completamente confiables de la situación extrahospitalaria de la paciente por lo que la comparación entre el grupo experimental y el grupo control se hizo en base a la frecuencia con que las pacientes ingresaban a la sala durante un período de 7 meses después del tratamiento, a excepción de una paciente OP1) del grupo experimental que tuvo un registro de 6 meses, ya que se empezó a trabajar con ella un mes después.

Así vemos que las pacientes del gru-

— Asertividad
 - - - - Manerismos
 ▲ — Risa

PORCENTAJE DE ASERTIVIDAD Y RESPUESTAS INADECUADAS POR SESION DE P1

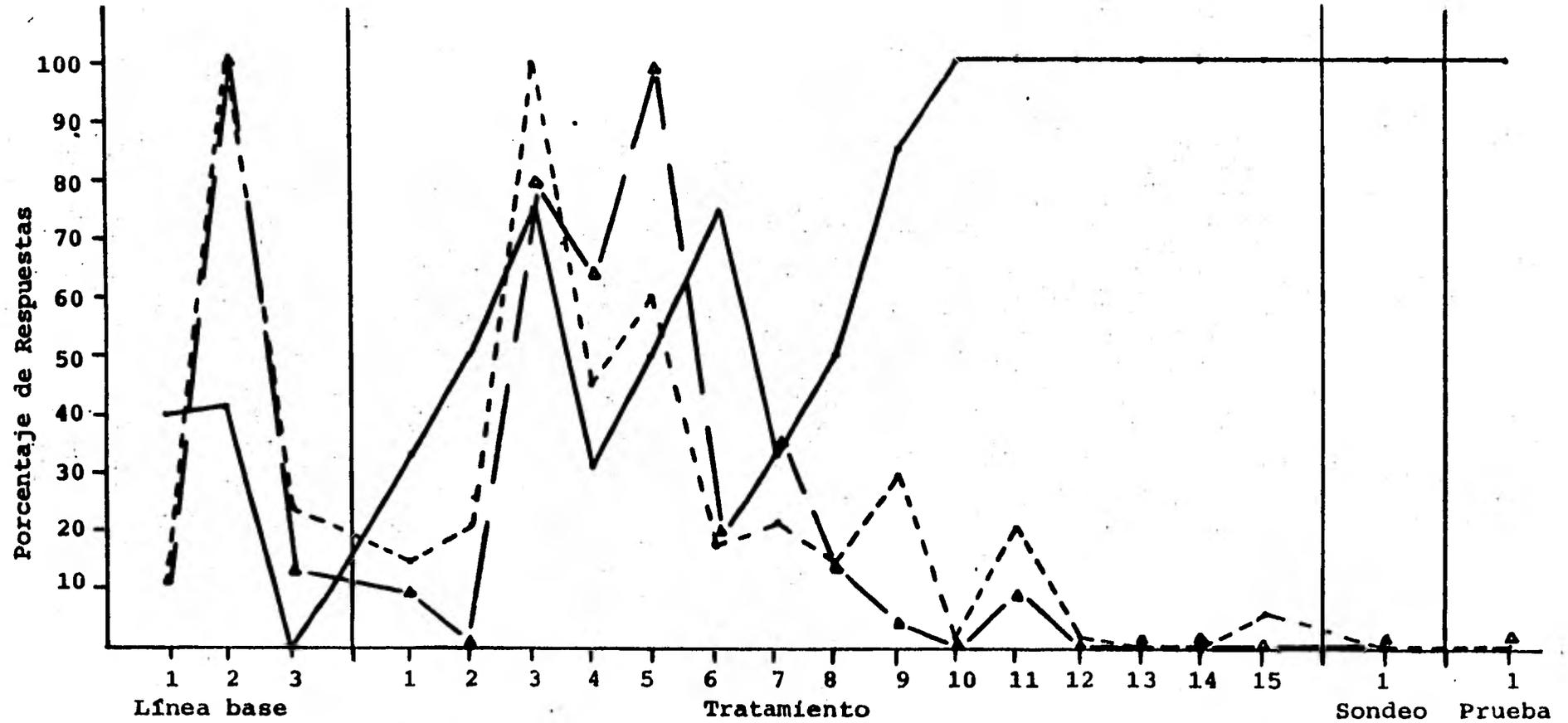


Fig. 10

○—○ OETP
 □—□ Aseo

PORCENTAJE DE OETP Y ASEO POR SESION DE P1

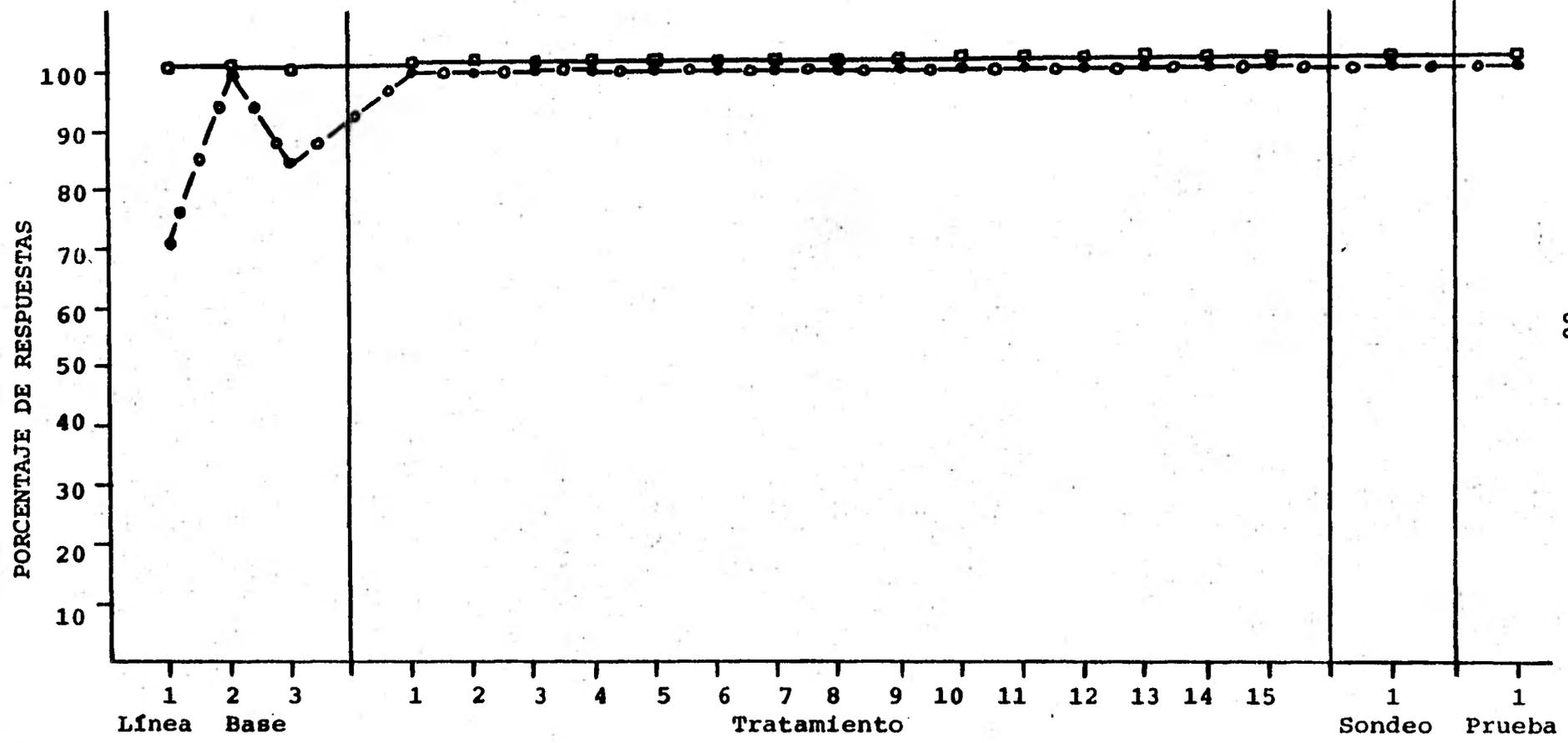


Fig. 11

PORCENTAJE DE ASERTIVIDAD Y RESPUESTAS INADECUADAS
 POR SESION DE P2

— ASERTIVIDAD
 - - - MANERISMOS

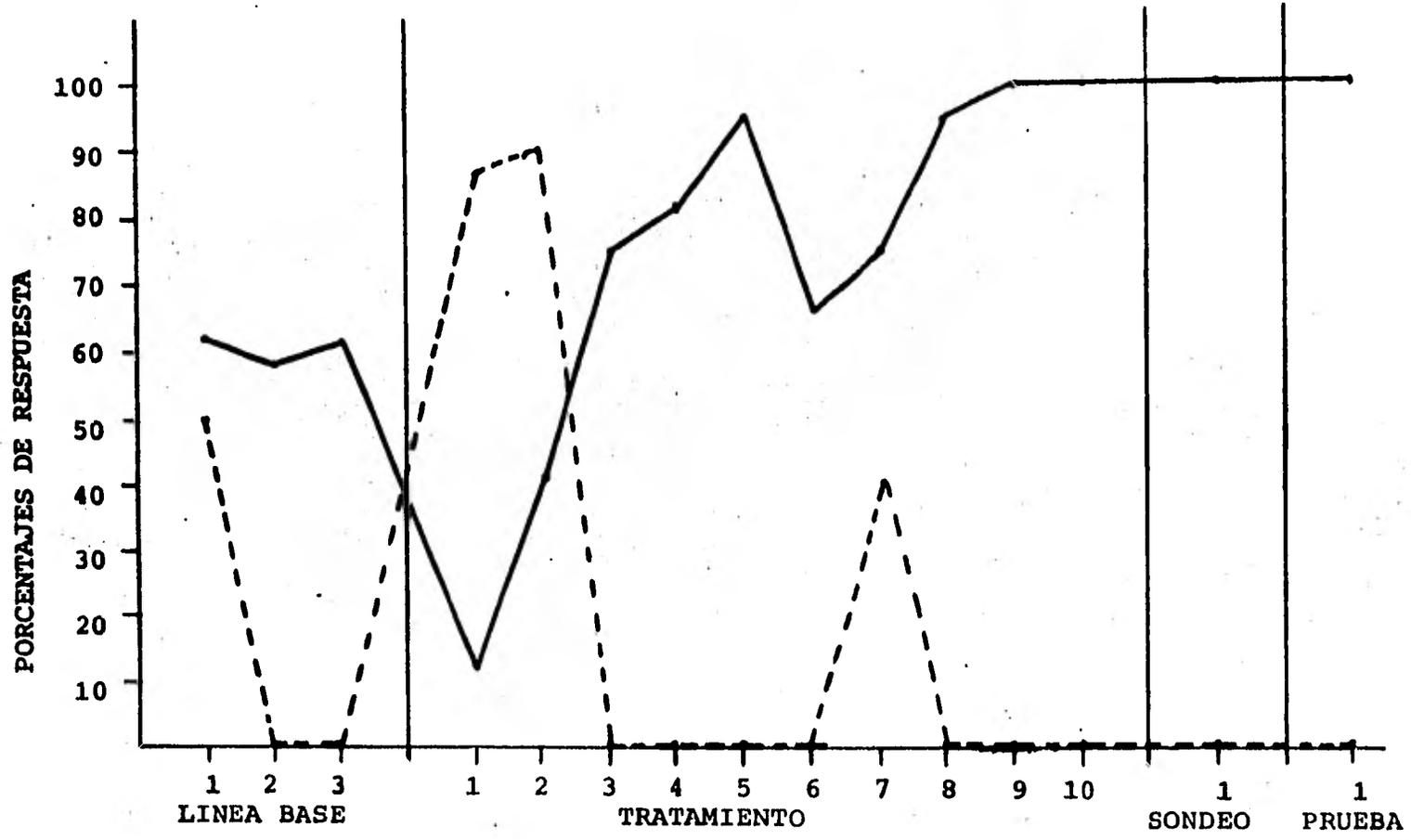


FIG. 12

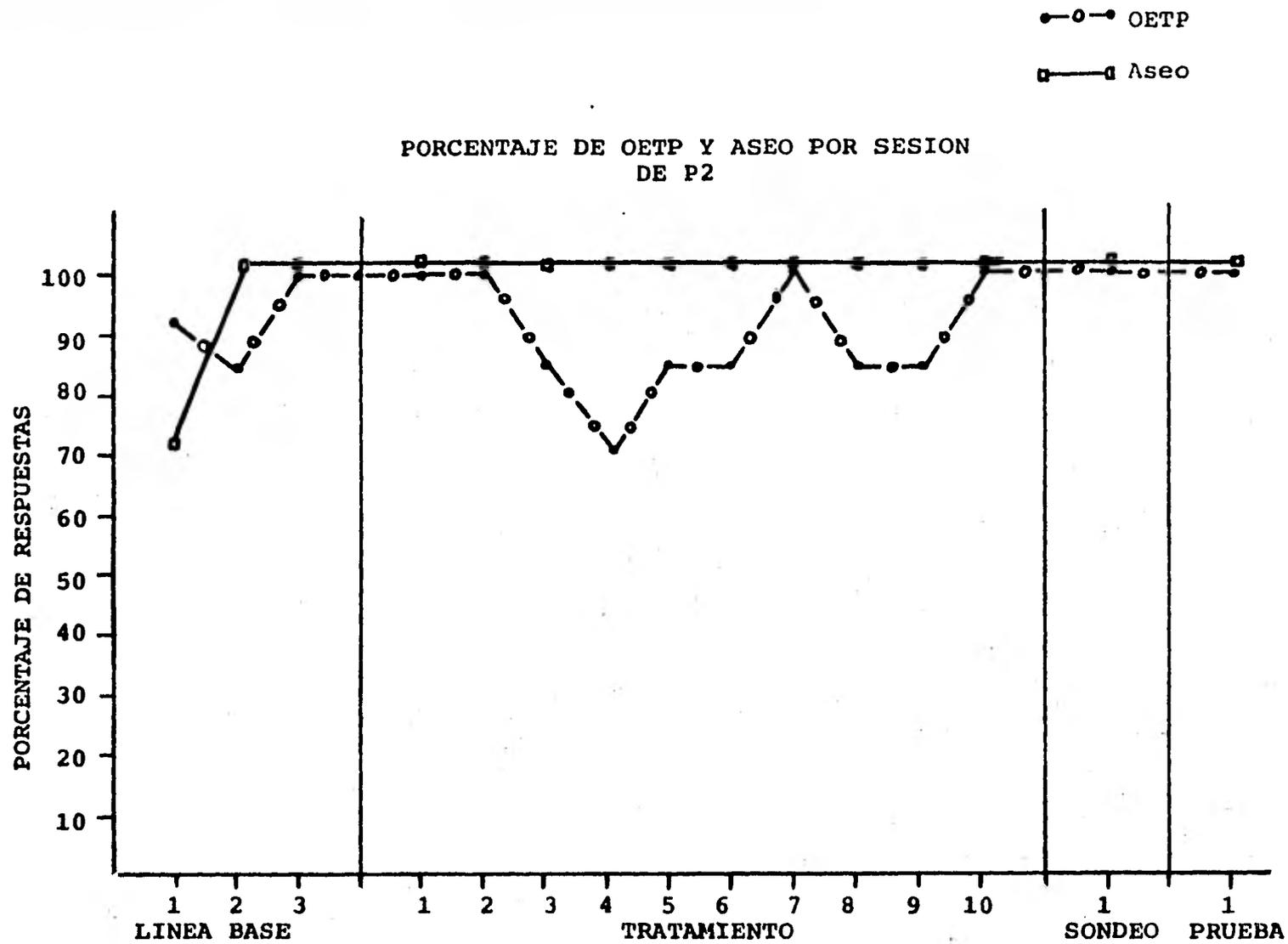


FIG. 13

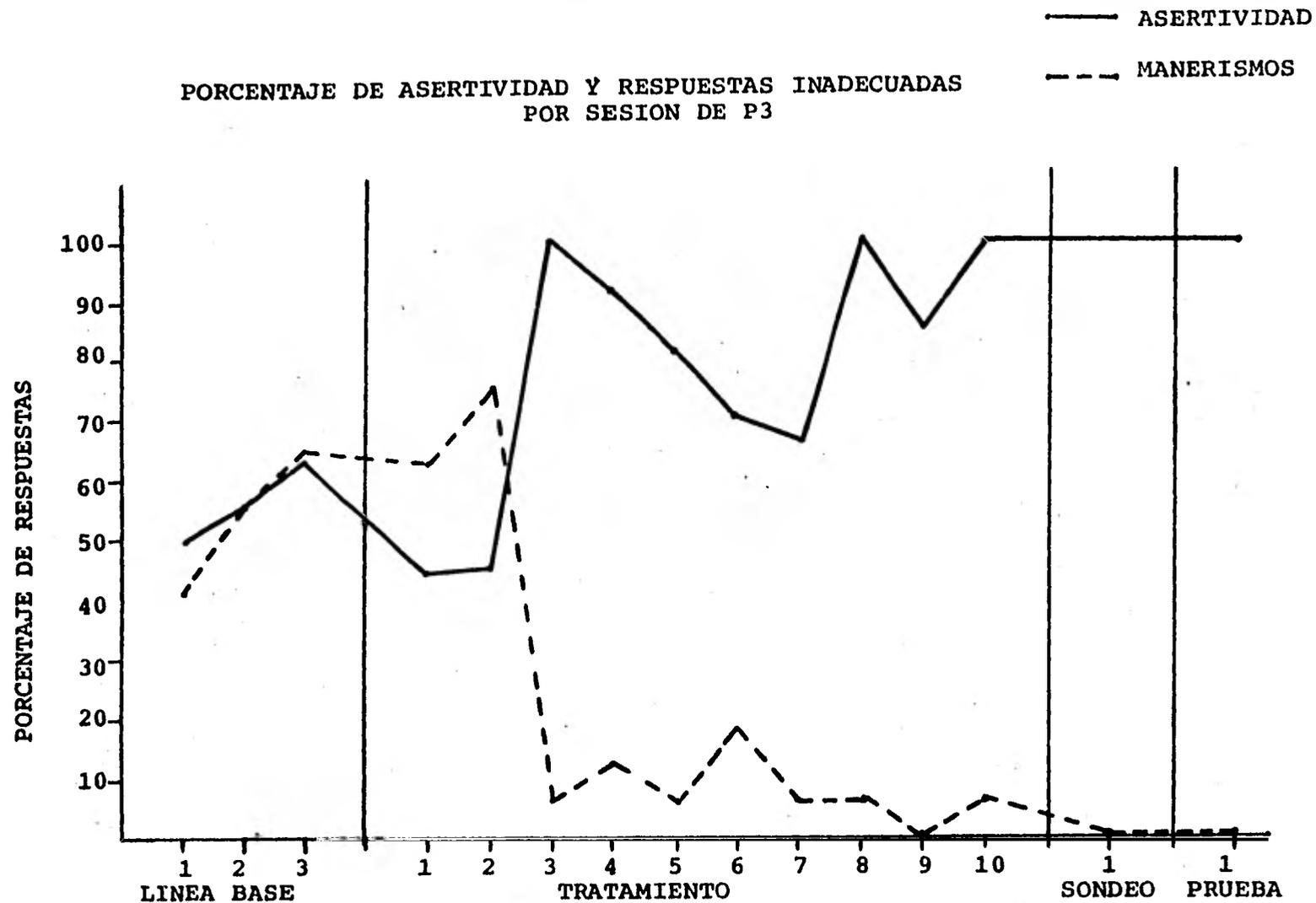


FIG. 14

Porcentaje de OETP y aseo por sesión de P3

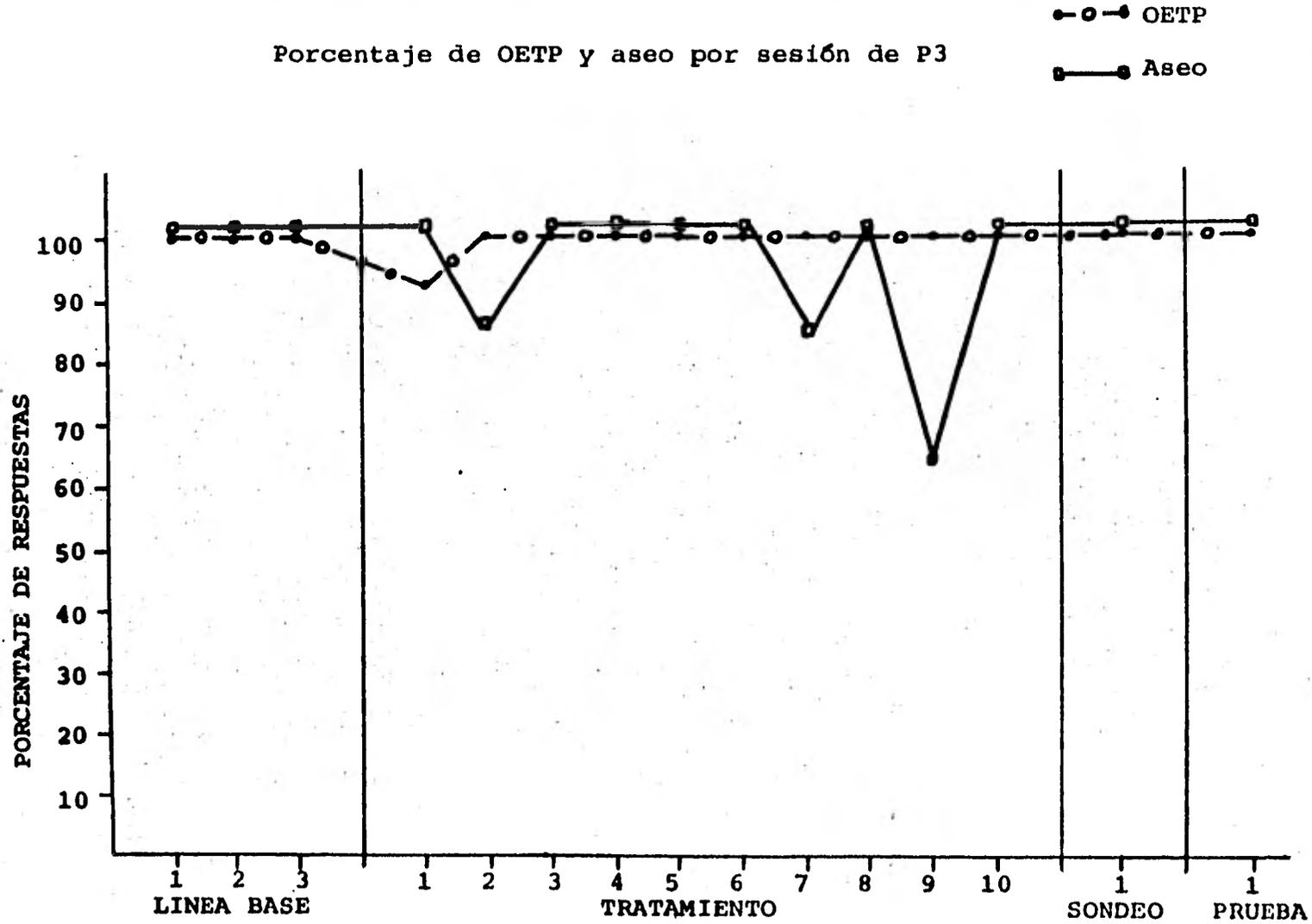


FIG. 15

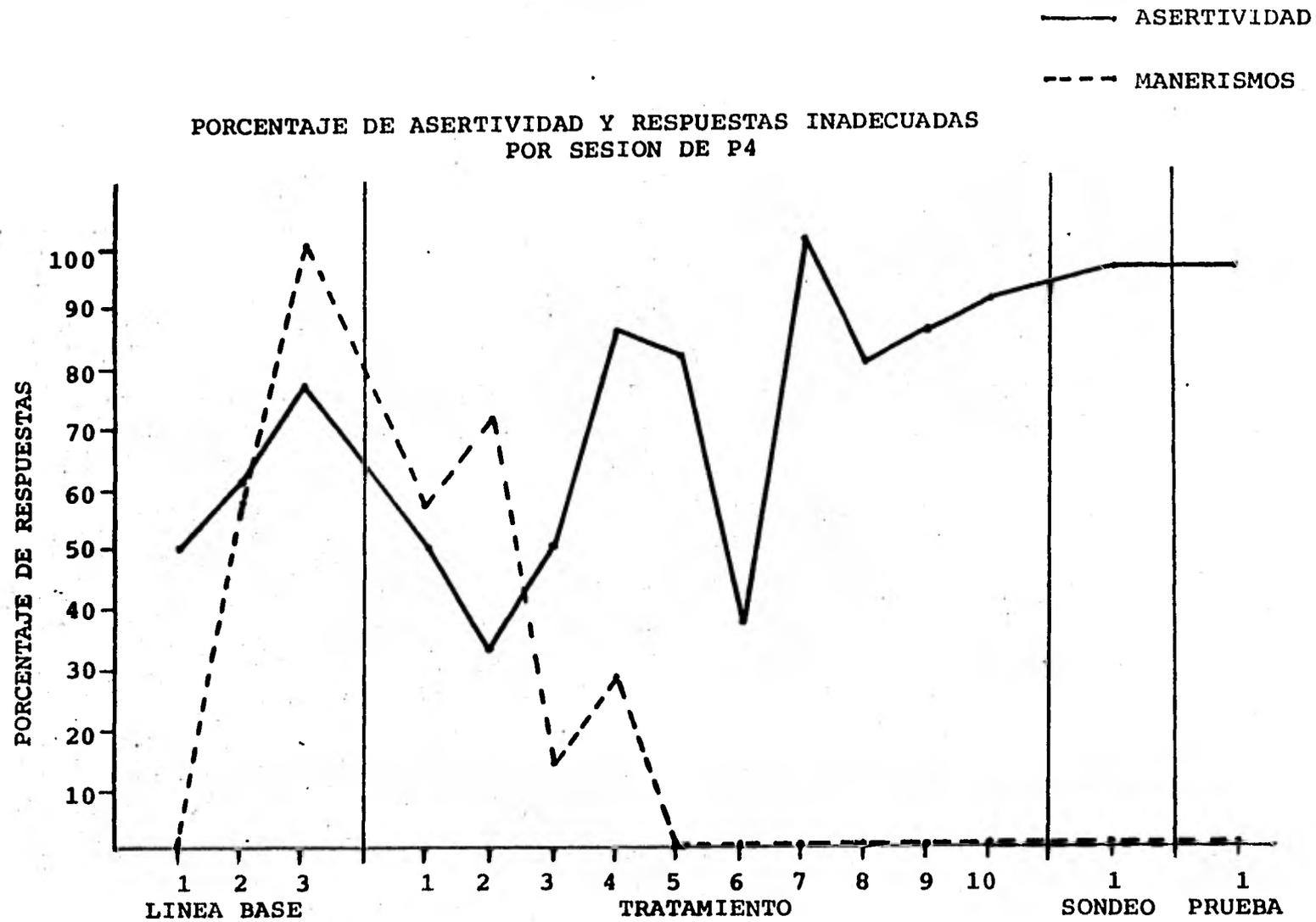


FIG. 16

Porcentaje de OETP y aseo por sesión de P4

○—○ OETP
■—■ Aseo

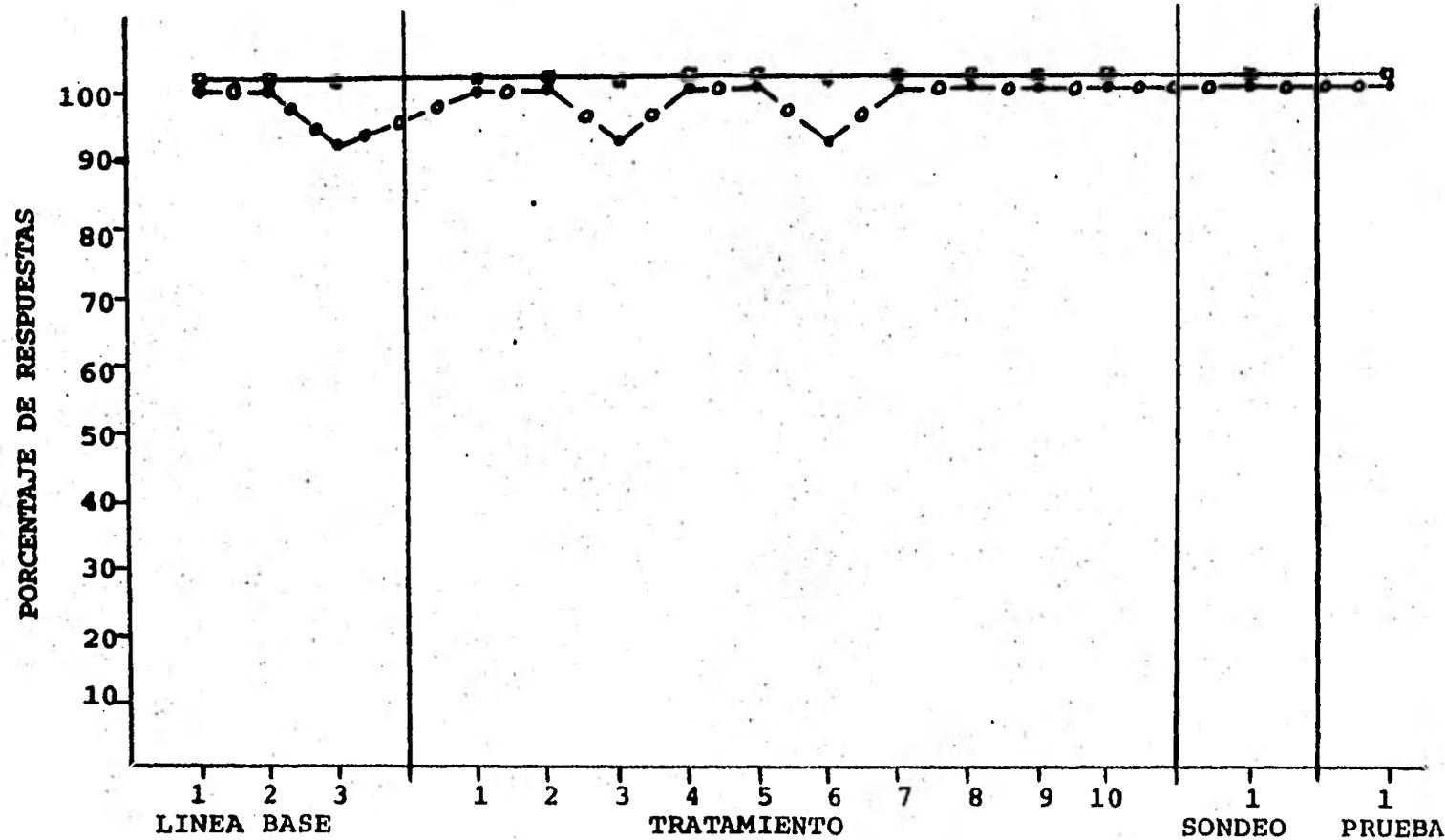


FIG. 17

po experimental, después de su salida, no presentaron ningún reingreso en ese período. Por el contrario, en el grupo control se presentaron reingresos por parte de las pacientes que habían sido dadas de alta.

Por lo tanto tenemos que C1, quien sólo una vez había ingresado sumó dos reingresos; C2 quién al inició del tratamiento sumaba tres reincidencias tuvo dos más; C3, al igual que C1 sumo dos reincidencias y C4 que inicialmente tenía dos tuvo una más (ver tabla 9).

DISCUSION

Los resultados obtenidos por el grupo experimental muestran que se logró un incremento de la conducta asertiva así como un decremento de las respuestas inadecuadas que en el inicio del tratamiento mostraban las pacientes. Por lo que respecta al grupo control, es pertinente enfatizar que las pacientes de este grupo reincidieron, por lo menos una vez, durante el período de seguimiento.

Los presentes resultados empíricos indican que la técnica del ensayo conductual permite un incremento de la conducta asertiva. El hacer énfasis en las situaciones del medioambiente (interacciones sociales) y la oportunidad de ensayar estas interacciones permitió que las pacientes discriminaran fácilmente las respuestas, tanto apropiadas como inadecuadas, que emitían en su medioambiente natural.

Sin embargo, existieron otros factores que favorecieron los hallazgos. El primero, consistió en que el ensayo conductual per-

mitió una mayor participación de las pacientes durante las sesiones; según el reporte verbal, este tratamiento resultó "muy novedoso" para ellas. El segundo factor está relacionado con las contingencias de reforzamiento (reforzamiento social) que resultó ser un incentivo -- para lograr una mejor ejecución durante las sesiones de tratamiento. Basándonos en el repertorio verbal de algunas pacientes, puede decirse que el ensayo conductual fue más reforzante que la asistencia al tratamiento psiquiátrico; de acuerdo con los resultados obtenidos, las pacientes del grupo control reingresaron a la sala durante el período de seguimiento, cosa que no sucedió con el grupo experimental; de aquí se desprende el hecho de que reforzar inmediatamente a la paciente cuando emitía una conducta adecuada traía como consecuencia una participación más activa. Un tercer factor -- que se considera es el relacionado a las situaciones presentadas en el ensayo conductual que involucraron tres contextos sociales diferentes (familiar, recreativo y laboral), lo que proporcionó una mayor oportunidad en la discriminación de respuestas entre uno y otros contextos.

Asimismo, es importante mencionar -- que el incremento de la asertividad pudo deberse a factores extraterapéuticos, principalmente a las contingencias medioambientales, que por ser externas, escapaban a nuestro control. Sin embargo, la escasa cooperación por parte de los familiares de las pacientes proporciona un dato para replicar este punto en el sentido de que la cooperación familiar es una contingencia extraterapéutica que no funcionó -- como apoyo a la terapia y por lo tanto se considera que no pudo haber afectado, en un sentido óptimo, la ejecución de las pacientes.

Por otro lado, existe un punto que cuestiona seriamente los resultados obtenidos y el cual está relacionado con la economía de fichas. Estas se administraron para controlar la asistencia de las pacientes durante las sesiones de tratamiento independientemente de la buena o mala ejecución que tuvieran las pacientes durante estas. Sin embargo, la estructuración de la economía de fichas no se apegó a -- los procedimientos y reglas mencionados por -- Ayllon y Azrin (1968) por lo que no es posible saber si estas contribuyeron, en algún grado, al incremento de la conducta asertiva. Pese a -- esto, hubo sesiones en que no se proporcionó -- este tipo de contingencias y se pudo observar que no influyó en las ejecuciones de las pa-- cientes. Es claro que no se puede garantizar que esta variable no haya influido en los re-- sultados obtenidos por lo que sería conveniente que en futuras investigaciones se tuviera -- un mayor control sobre esta variable y determi-- nar la influencia de la misma en la ejecución de las conductas esperadas.

En cuanto a la duración y el número de sesiones durante el tratamiento, es perti-- nente mencionar que para evitar "fatiga" o can-- sancio se estableció una duración de 30 minu-- tos para cada sesión. Podría haberse aumenta-- do el número de sesiones de tratamiento para -- cada paciente, como en el caso de P1, pero se observó que en las últimas sesiones de trata-- miento las pacientes mostraron fatiga, ya que estas eran diarias y las pacientes asistían a ellas aún después de haber egresado y se consi-- deró que el aumento de sesiones podría traer -- como consecuencia que las pacientes no asistie-- ran. El único caso de inasistencia, durante -- algunas sesiones, se presentó en la paciente -- P4 (debido a que fue operada de los meniscos).

pudiendo esto haber afectado los resultados - del tratamiento ya que P4 obtuvo un porcentaje global de asertividad de 95%, cinco por ciento menos en relación a las otras pacientes. Otra variable extraña fue, que en una de las sesiones, la paciente P1 se presentó bajo el efecto de barbitúricos, ya que había sufrido un desmayo (según reporte verbal del médico) debido a la falta de sueño, alimentación y dolor de cabeza.

Asimismo, la interferencia de los -- tratamientos psiquiátrico y farmacológico constituyó una variable en la cual se tuvo escaso control en el sentido de que no se pudo efectuar una observación directa de la ejecución - de las pacientes durante las sesiones psiquiátricas. En el caso de los fármacos, la administración de estos estaba fuera de nuestra -- competencia, limitándonos sólo a registrar el fármaco, la dosificación prescrita y sus posibles efectos conductuales. Principalmente, --, estos factores contribuyeron a la escasa comparabilidad que se tuvo con el grupo control.

Por lo que respecta a los datos obtenidos con el grupo control es importante mencionar que las condiciones bajo las que funcionaba no permitieron una medición objetiva de - su ejecución (el tratamiento psiquiátrico sólo permitía la interacción psiquiatra-paciente y además no existía una cámara de Gessel para - observar la sesión psiquiátrica) y, como se -- mencionó al inicio de esta discusión, el único dato de comparación fue el número de reincidencias registradas durante el seguimiento. Pese a la aleatorización empleada, esta no garantizó una comparabilidad, entre los dos grupos -- (experimental y control), totalmente válida. - Por lo tanto, la utilidad del grupo control, -

en este caso, resulta cuestionable.

En lo referente a las reincidencias, estas sólo pudieron conceptualizarse como las veces en que la paciente ingresaba al hospital ya que resultó difícil establecer una medición objetiva de reincidencias en el ambiente extra terapéutico debido al hecho de que las pacientes procedían de diversas colonias, por lo que se hubiese requerido un personal disponible y capacitado para efectuar registros conductuales en la situación natural. Aunado a ésto, se contempló la posibilidad de que este tipo de registro pudiera afectar los logros terapéuticos puesto que los registradores serían considerados como una variable extraña en los ambientes en que se desenvolvían las pacientes. Cabe mencionar que lo anterior pudo haber sido una decisión a priori ya que de haberse llevado a cabo estos registros en el medioambiente natural de las pacientes probablemente estas hubieran ejecutado lo aprendido en terapia o por el contrario, no llevarlo a cabo y comprobar si los observadores inflúan en el comportamiento de la paciente así como en los de sus familiares. De esta forma, la reincidencia constituye un punto muy discutible y digno de tomarse en cuenta en el diseño de estrategias para el tratamiento de problemas conductuales.

Por lo tanto, los datos obtenidos -- en esta investigación sólo son válidos para -- las condiciones específicas en las que se llevó a cabo. De esta forma, el entrenamiento en habilidades sociales resulta efectivo para incrementar repertorios asertivos; sin embargo, la generalización que pueda darse, resulta -- cuestionable ya que existen un sinnúmero de -- variables que, de una forma u otra, afectan la efectividad, a largo plazo, de un tratamiento.

Marholin, Siegle y Phillips (1976) han analizado el fenómeno de la generalización encontrando que las contingencias de reforzamiento, el entrenamiento a gentes no profesionales (padres, maestros, etc.), el control de estímulos, el control instruccional, el establecimiento de estímulos sociales como reforzadores funcionales, el autocontrol, el establecimiento de conductas incompatibles, los programas de reforzamiento, la demora del reforzamiento, los factores cognitivos y de personalidad son variables que probabilizan al máximo la generalización. Sin embargo, el mantenimiento y generalización de una respuesta en un ambiente extraterapéutico depende en gran parte de las contingencias que actúan en ese ambiente y que quedan fuera del control del terapeuta. De esta forma, la imposibilidad de mostrar la generalización no niega la importancia de la conducta resultante en la investigación.

Por otra parte, los resultados confirman que ciertas condiciones medioambientales (agresión, rechazo, aislamiento, etc.) propician el desarrollo de conductas inadaptadas y no la ansiedad per se. Por lo tanto, la propuesta de Wolpe (1980) de que la ansiedad es la causante de conducta inadaptada resulta discutible. Schachter y Singer (1962); Schachter y Wheeler (1962) han realizado investigaciones cuyos resultados muestran que la actividad nerviosa simpática no ocasiona que una persona experimente ansiedad y por consiguiente, presente conducta inadaptada.

Asimismo, comparando los resultados obtenidos con otros realizados encontramos que el ensayo conductual, las instrucciones y el modelamiento son efectivos para incrementar habilidades sociales. Esto corrobora lo encontrado

trado por Hersen, Eisler y Miller (1973); asimismo, estos autores enfrentaron el problema de la generalización de los repertorios adquiridos en terapia. Es claro que no existe una medida de generalización, confiable, que garantice la efectividad de los repertorios aprendidos en terapia; una posible opción para garantizar la generalización sería que el entrenamiento asertivo se prolongara a la familia (Lieberman y Raskin, 1971) 11/.

Lo reportado por Hersen y Eisler -- (1972) 12/ concuerda con los datos encontrados en el sentido de que el entrenamiento asertivo constituye una estrategia útil para incrementar repertorios alternativos en pacientes depresivos ya que las conductas depresivas (escasa conducta motora, conducta suicida, pérdida de apetito, etc.) mostradas por las pacientes traían como consecuencia un escaso contacto con su medio social.

Finalmente, la técnica del ensayo -- conductual ha probado ser efectiva en el desarrollo de conductas sociales. Sin embargo, es estrecha en cuanto a su extensión y total efectividad en el tratamiento de individuos -- esquizofrénicos (un ejemplo de esto son los dudosos resultados obtenidos por Goldstein y cols. 1973) debido a que estos presentan conductas altamente estereotipadas. Pese a esto, no se descarta la posibilidad de emplear el ensayo conductual como un complemento de otras técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta. El único punto donde no se producen hallazgos empíricos totalmente válidos

11/ En Craighead y Cols., op. cit., p. 374

12/ En Craighead y Cols., op. cit., p. 365

dos es en relación a la generalización de las conductas adquiridas en terapia, aunque esto - no es sólo inclusivo al ensayo conductual sino que atañe a todas las investigaciones derivadas del análisis experimental de la conducta - por lo que constituye un campo propicio para - futuras investigaciones.

T A B L A S

Clasificación	No. de pacientes	%
Neurosis	19	52.7
Psicosis	11	30.5
Trastornos de la personalidad.	6	16.6

Tabla 1: porcentaje total de pacientes clasificadas en tres categorías de problemas (según la APA, 1968) en 36 admisiones consecutivas durante un período de 5 meses.

Categoría	Diagnóstico	No. de Pacientes	%
Neurosis	Neurosis depresiva	6	16.6
"	Neurosis histérica	6	16.6
"	Depresión severa	3	8.3
"	Neurosis depresiva conversiva	2	5.5
"	Neurosis de angustia	1	2.7
"	Depresión unipolar	1	2.7
Psicosis	Esquizofrenia paranoide	3	8.3
"	Esquizofrenia crónica	2	5.5
"	Esquizofrenia aguda	2	5.5
"	Esquizofrenia crónica indiferenciada	1	2.7
"	Reacción psicótica aguda	1	2.7
"	Reacción psicótica indiferenciada	1	2.7
"	Depresión psicótica	1	2.7
Trastornos de la personalidad	Alcoholismo crónico	2	5.5
	Trastorno psicosexual	2	5.5
	Personalidad borderline	1	2.7

Tabla 2: porcentajes de diagnóstico en 36 admisiones consecutivas durante un período de 5 meses.

No. fármacos/día	No. de pacientes	%
4	9	25
3	7	19.4
2	6	16.6
1	6	16.6
0	3	8.3
5	2	5.5
6	2	5.5
8	1	2.7

Tabla 3: Porcentaje de pacientes (de una muestra de 36) que ingieren diferentes fármacos al día.

Edad	No. de pacientes	%
14-20	12	33
21-30	10	27
31-40	5	13
41-50	4	11
51-60	3	8
61-70	2	5

Tabla 4: Porcentaje de edades, de una muestra de 36 pacientes, obtenidos en un período de 5 me ses.

Escolaridad	No. de pacientes	%
Secundaria incompleta	7	19.4
Primaria incompleta	6	16.6
Primaria	6	16.6
Secundaria	4	11.1
Preparatoria incompleta	4	11.1
Licenciatura	4	11.1
Sin estudios	2	5.5
Preparatoria	2	5.5
Técnicas	1	2.7

Tabla 5: Porcentaje de escolaridad, obtenidos de una muestra de 36 pacientes durante un período de 5 meses.

Estado civil	No. de pacientes	%
Solteras	18	50
Casadas	16	44
Viudas	2	5

Tabla 6: Porcentajes del estado civil obtenidos con una muestra de 36 pacientes durante un período de 5 meses.

Dependencia económica	No. de pacientes	%
Esposo	11	30.5
Padre	11	30.5
Sí misma	6	16.6
Esposo/Sí misma	3	8.3
Padre/hermano(s)	2	5.5
Esposo/hijo(s)	1	2.7
Hijo(s)	1	2.7
Pensionada	1	2.7

Tabla 7: Porcentajes de dependencia económica obtenidos de una muestra de 36 pacientes en un período de 5 meses.

PACIENTE	SEXO	EDAD	NIVEL SOCIO ECONOMICO	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	REINCI-DENCIAS	DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO
P1	Fem	19	Clase alta	2° prepa ratoria	Soltera	0	2	Depresión (con in tento suicida y - trastorno psico-- sexual).
P2	Fem	21	Clase media	Secunda- ria y comercio	Casada	1	0	Depresión severa (reacción suicida y homicida)
P3	Fem	18	Clase baja	Secundaria y Comercio	Casada	0	0	Neurosis depresiva (con riesgo suici- da).
P4	Fem	21	Clase media	1o. secun- daria y comercio	Soltera	0	2	Episodio depresivo (trastorno psico-- sexual, intento -- suicida y persona- lidad bordeline)

Tabla 8: Datos generales de las pacientes del grupo experimental.

PACIENTE	SEXO	EDAD	NIVEL SOCIO ECONOMICO	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	NUMERO DE HIJOS	REINCIDENCIAS	DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO
C1	Fem	22	Clase media	5° primaria	Casada	2	0 al iniciar el estudio 2 en el periodo de seg.	Personalidad borderline (con intento suicida)
C2	Fem	68	Clase alta	Maestría	Casada	0	3 al iniciar el estudio. 2 en el periodo de seg.	Depresión unipolar (con intento suicida)
C3	Fem	19	Clase media	2° secundaria	Soltera	0	0 al iniciar el estudio. 2 en el periodo de seg.	Neurosis depresiva (trastorno psicosexual, intento suicida)
C4	Fem	16	Clase baja	1° secundaria	Soltera	0	2 al iniciar el estudio. 1 en el periodo de seg.	Depresión severa (con intento suicida)

Tabla 9: Datos generales de las pacientes del grupo control.

PACIENTE	FARMACO	DOSIS
P1	Haldol	5 mg.
P2	-	-
P3	-	-
P4	Melleril Largactil	100 mg 25 mg.

Tabla 10: Fármacos y dosis preescritas para cada una de las pacientes del grupo experimental. No indica que la paciente haya estado bajo tales condiciones durante todo el período experimental.

PACIENTE	FARMACO	DOSIS
C1	-	-
C2	Sinogan Haldol Tofranil	25 mg. 5 mg. 25 mg.
C3	Largactil Melleril	25 mg. 10 mg.
C4	Melleril Tryptanol	10 mg. 25 mg.

Tabla 11: Fármacos y dosis prescritas para cada una de las pacientes del grupo control. No indica que la paciente haya estado bajo tales condiciones durante el período de observación.

Tabla 12: La tabla que aparece en la siguiente página nos muestra los porcentajes - en las cinco categorías (orientación -espacio-tiempo-persona; aseo; asertividad; manerismos y risa) de respuestas obtenidas por la paciente P1 en cada una de las sesiones de Línea base, tratamiento, sondeo y prueba.

Sesión	% OETP	% Aseo	% Asert	Ma	% Ri
L.B. 1	71.4	100	40.2	14.2	12.2
L.B. 2	100	100	41.6	100	100
L.B. 3	85.7	100	0	24.5	14.5
Trat. 1	100	100	33.3	15.4	10
Trat. 2	100	100	50	21.3	0
Trat. 3	100	100	75	100	80
Trat. 4	100	100	31.2	45.3	65
Trat. 5	100	100	50	60	100
Trat. 6	100	100	75	18.1	20
Trat. 7	100	100	33.3	21.3	35
Trat. 8	100	100	50	15.1	15
Trat. 9	100	100	85	30	5
Trat. 10	100	100	100	2.9	0
Trat. 11	100	100	100	21	10
Trat. 12	100	100	100	2.9	0
Trat. 13	100	100	100	0	0
Trat. 14	100	100	100	0	0
Trat. 15	100	100	100	6	0
Sondeo	100	100	100	0	0
Prueba	100	100	100	0	0

Condición	% OETP	% Aseo	% Asert	Ma %	Ri
Línea base	85.7	100	27.2	46.2	42.2
Tratamiento	100	100	72.1	23.9	22.6
Sondeo	100	100	100	0	0
Prueba	100	100	100	0	0

Tabla 13: Porcentajes totales, en las cinco categorías (orientación-espacio-tiempo-persona; aseo; asertividad; manierismos y risas) de respuesta, obtenidos por la paciente P1 en - L.B., tratamiento, sondeo y prueba.

Sesión	% OETP	% Aseo	% Asert	% Ma
L.B. 1	92.8	71.4	62.5	50
L.B. 2	85.7	100	58.3	0
L.B. 3	100	100	61.05	0
Trat. 1	100	100	12.5	87.5
Trat. 2	100	100	41.6	91.6
Trat. 3	85.7	100	75	0
Trat. 4	71.4	100	81.2	0
Trat. 5	85.7	100	95.8	0
Trat. 6	85.7	100	66.6	0
Trat. 7	100	100	75	41.6
Trat. 8	85.7	100	95.8	0
Trat. 9	85.7	100	100	0
Trat. 10	100	100	100	0
Sondeo	100	100	100	0
Prueba	100	100	100	0

Tabla 14: Porcentajes en las cuatro categorías (orientación-espacio-tiempo-persona; aseo; asertividad y manejo) de respuestas obtenidas -- por la paciente P2 en cada una de las sesiones de línea base, tratamiento, sondeo y prueba.

Condición	% OETP	% Aseo	% Asert	% Ma
Línea base	92.8	90.4	60.6	16.6
Tratamiento	89.9	100	74.3	22.07
Sondeo	100	100	100	0
Prueba	100	100	100	0

Tabla 15: Porcentajes totales, en las cuatro categorías (orientación-espacio-tiempo-persona; aseo; asertividad y manierismos) de respuestas obtenidas por la paciente P2 en L.B., -- tratamiento, sondeo y prueba.

Sesión	% OETP	% Aseo	% Asert	% Ma
L.B. 1	100	100	50	46.5
L.B. 2	100	100	56.9	56
L.B. 3	100	100	63.8	65.5
Trat. 1	92.8	100	44.1	62.4
Trat. 2	100	85.7	45.8	75
Trat. 3	100	100	100	6.2
Trat. 4	100	100	91.6	12.5
Trat. 5	100	100	81.2	6.2
Trat. 6	100	100	70.8	18.7
Trat. 7	100	85.7	66.6	6.2
Trat. 8	100	100	100	6.2
Trat. 9	100	64.2	85.7	0
Trat. 10	100	100	100	6.2
Sondeo	100	100	100	0
Prueba	100	100	100	0

Tabla 16: Porcentajes en las cuatro categorías (orientación-espacio-tiempo-persona; aseo; asertividad y manerismos) de respuestas obtenidas por la paciente P3 en cada una de las sesiones de línea base, tratamiento, sondeo y prueba.

Condición	% OETP	% Aseo	% Asert	% Ma
Línea Base	100	100	56.9	56
Tratamiento	99.2	93.5	78.7	19.9
Sondeo	100	100	100	0
Prueba	100	100	100	0

Tabla 17: Porcentajes totales de las cuatro categorías (orientación-espacio-tiempo-persona; aseo; asertividad y manerismos) de respuestas obtenidas de la paciente P3 en L.B., tratamiento, sondeo y prueba.

Sesión	% OETP	% Aseo	% Asert	% Ma
L.B. 1	100	100	50	0
L.B. 2	100	100	61	57.1
L.B. 3	92.8	100	77.7	100
Trat. 1	100	100	50	57.1
Trat. 2	100	100	33.3	71.4
Trat. 3	92.8	100	50	14.2
Trat. 4	100	100	85.4	28.5
Trat. 5	100	100	81.2	0
Trat. 6	92.8	100	37.5	0
Trat. 7	100	100	100	0
Trat. 8	100	100	80	0
Trat. 9	100	100	85	0
Trat. 10	100	100	90	0
Sondeo	100	100	95	0
Prueba	100	100	95	0

Tabla 18: Porcentajes en las cuatro categorías (orientación-espacio-tiempo persona; aseo; asertividad y manierismos) de respuestas obtenidas por la paciente P4 en cada una de las sesiones de línea base, tratamiento, sondeo y prueba.

Condición	% OETP	% Aseo	% Asert	% Ma
Línea Base	97.6	100	62.9	52.3
Tratamiento	97.9	100	69.2	24.4
Sondeo	100	100	95	0
Prueba	100	100	95	0

Tabla 19: Porcentajes totales en las cuatro categorías (orientación-espacio-tiempo-persona; aseo; asertividad y manerismos) de respuestas obtenidas por la paciente P4 en L.B., tratamiento, sondeo y prueba.

Paciente	L.B.	Trata.	Sondeo	Prueba
P 1	85	100	100	100
P 2	92	89	100	100
P 3	100	99	100	100
P 4	97	97	100	100

Tabla 20: Porcentajes obtenidos a nivel interpacientes por fases, en la categoría de orientación-espacio-tiempo-persona.

Paciente	L.B.	Trat.	Sondeo	Prueba
P 1	100	100	100	100
P 2	90	100	100	100
P 3	100	93	100	100
P 4	100	100	100	100

Tabla 21: Porcentajes obtenidos a nivel interpacientes por fase, en la categoría de aseo.

Paciente	L.B.	Trat.	Sondeo	Prueba
P 1	27	72	100	100
P 2	60	74	100	100
P 3	56	78	100	100
P 4	62	69	95	95

Tabla 22: Porcentajes obtenidos a nivel interpacientes por fase, en la categoría de asertividad.

Paciente	Línea base		Tratamiento		Sondeo		Prueba	
	Ma	Ri	Ma	Ri	Ma	Ri	Ma	Ri
P 1	46	42	23	22	0	0	0	0
P 2	16		22		0		0	
P3	56		19		0		0	
P4	52		24		0		0	

Tabla 23: Porcentajes obtenidos a nivel interpacientes por fase, en la categoría de respuestas inadecuadas. Véase que la paciente P 1 fue la única que presentó la conducta de "risa inapropiada".

A P E N D I C E 1

ESCENAS PARA JUEGO DE ROLES (ENSAYO CONDUCTUAL)

I.- Situación: FAMILIAR

Guión A (castigo)

Narrador-modelo: "Acabas de salir del hospital y te encuentras en una habitación de tu casa con un familiar (esposo, padre, hijo, etc.) el -- cual te dice (o grita) -- que eres inútil y no sirves para nada.....y tú respondes....."

Paciente: actuará lo que haría o diría en una situación semejante.

Modelo: reforzará socialmente en caso de -- que la respuesta de la pa-
ciente sea topográficamente similar a la esperada.

Modelo: modelará (en caso de que no se -- haya presentado la respues-
ta adecuada) la siguiente conducta verbal...."Será mejor para todos que ha-
blemos al respecto; es de
cir, ¿porque piensas eso
de mí? así yo también te
diré lo que pienso en re-
lación a esto y podremos
llegar a un acuerdo ¿no -
te parece?....."

Modelo: "Ahora repítelo (o hazlo), no es -
necesario que sea con las
mismas palabras, empieza.
....."

Paciente: Emitirá una respuesta topográfi-
camente similar a la mode-
lada.

Modelo: Reforzará socialmente (en caso de ser adecuada la respuesta) - o en su defecto modelará de nuevo la conducta.

Guión B (extinción).

Narrador-modelo: "Te encuentras en una -- habitación de tu casa y - empiezas a hablar acerca de un programa de t.v. -- que te gustó y ninguno de tus familiares te hace -- caso, ¿que harías o qué - dirías?....."

Paciente: Actuará lo que haría o diría en una situación semejante.

Modelo: Reforzará socialmente en caso de - que la respuesta de la pa- ciente sea topográficamen- te similar a la esperada.

Mocelo: Modelará (en caso de que no se -- haya presentado la res- - puesta adecuada) la si- - guiente conducta verbal.. ."
 (el modelo se acercará a la paciente) imagínate que tú eres mi papá y yo soy tú.....(el modelo -- hará contacto físico y vi- sual con la paciente)....
fíjate que ayer vi un pro- grama musical en la t.v. y me gusto mucho ¿tu no lo viste?....."

Guión C (reforzamiento).

Narrador-modelo: "Te encuentras en una -- habitación de tú casa y -

se acerca un familiar tu-
yo y te dice....hola, --
¿Cómo estas?.....y te --
abrazas..... y tú respon-
des....."

Paciente: Actuará lo que haría o diría en una situación semejante.

Modelo: Reforzará socialmente en caso de - que la respuesta de la pa-
ciente sea topográficamen-
te similar a la esperada.

Modelo: Modelará (en caso de que no se --
haya presentado la res- -
puesta adecuada) la si- -
guiente conducta verbal..
....¡muy bien, ¿y tú?..
(haciendo contacto fisi--
co)....."

Modelo: "ahora repítelo (o hazlo), no es -
necesario que sea con las
mismas palabras, empie- -
za...."

Paciente: Emitirá una respuesta topográfi-
camente similar a la mode-
lada.

Modelo: reforzará socialmente (en caso de
ser adecuada la respuesta)
o en su defecto modelará
de nuevo la conducta.'

II.-Situación: RECREATIVA

Guión A (castigo).

Narrador-modelo: "Te encuentras con una --
amiga (o un grupo de ami-
gos) y comienza a hablar
de música (u otro tema),-
tú dices que te gusta la

música ranchera y ella te dice que estás loca, que lo que dices no es cierto.....tú respondes...."

Paciente: Actuará lo que haría o diría en una situación semejante.

Modelo: Reforzará socialmente en caso de que la respuesta de la paciente sea topográficamente similar a la esperada.

Modelo: Modelará (en caso de que no se -- haya presentado la res- - puesta adecuada) la si- - guiente conducta verbal..
"Me parece que tú estas diciendo esas cosas de mí sin ningún fundamento, yo dí mi opinión porque creo que es la más -- adecuada pero también respeto la opinión tuya, así que te pido que respetes la mía ¿no lo crees así?."

Modelo: "Ahora repítelo (o hazlo), no es necesario que sea con las mismas palabras, empieza.
"

Paciente: Emitirá una respuesta topográficamente similar a la modelada.

Modelo: Reforzará socialmente (en caso de ser adecuada la respuesta) o en su defecto modelará de nuevo la conducta.

Guión B (extinción).

Narrador-modelo: "Estas en una reunión con un grupo de amigos (o - - gente que tú no conoces), algunos están bailando - otros platicando y tú estás sentada y nadie se te acerca.....¿qué harías?....."

Paciente: Actuará lo que haría o diría en una situación semejante.

Modelo: Reforzará socialmente en caso de - que la respuesta de la pa-
ciente sea topográficamente similar a la esperada.

Modelo: Modelará (en caso de que no se -- haya presentado la res- -
puesta adecuada) la si- -
guiente conducta verbal..
....." (se acerca a un -
grupo imaginario)....Buenas
noches, ¿cómo están?
.....me llamo.....(le dá
la mano).....¿qué les --
parece la reunión?....."

Modelo: "Ahora repítelo (o hazlo), no es -
necesario que sea con las
mismas palabras, empie- -
za....."

Paciente: emitirá una respuesta topográficamente similar a la mode-
lada.

Modelo: reforzará socialmente (en caso de ser adecuada la respues-
ta) o en su defecto mode-

lará de nuevo la conducta.

Guión C (reforzamiento)

Narrador-modelo: "Una amiga (s) te invita a un paseo (cine, teatro, día de campo, etc.), durante el paseo te comenta que en su familia no hay cooperación, que no se -- ayudan unos a otros y te pide tu opinión....¿qué harías o dirías?....."

Paciente: Actuará lo que haría o diría en una situación semejante.

Modelo: reforzará socialmente en caso de - que la respuesta de la pa-
ciente sea topográficamen-
te similar a la esperada.

Modelo: Modelará (en caso de que no se haya presentado la respuesta - adecuada) la siguiente --
conducta verbal..."Me pa-
rece interesante lo que -
mencionas porque yo ví --
algo semejante en mi hogar
y creo que todos debería-
mos cooperar y ayudarnos
mutuamente para evitarnos
problemas o resolverlos -
entre todos ¿no lo crees
así?....."

Modelo: "Ahora repítelo (o hazlo), no es necesario que sea con las mismas palabras, empieza.
....."

Paciente: Emitirá una respuestas topográficamente similar a la modelada.

Modelo: Reforzará socialmente (en caso de ser adecuada la respuesta) o en su defecto modelará de nuevo la conducta.

III.-Situación: LABORAL

Guión A (castigo).

Narrador-modelo: "Te encuentras en tu trabajo y se acerca tu jefe (compañero, cliente, etc.) y empieza a decir que eres una inútil, que tu trabajo es pésimo..... tú respondes....."

Paciente: Actuará lo que haría o diría en una situación semejante.

Modelo: Reforzará socialmente en caso de que la respuesta de la paciente sea topográficamente similar a la esperada.

Modelo: Modelará (en caso de que no se haya presentado la respuesta adecuada) la siguiente conducta verbal....."Me parece que lo más conveniente sería que usted me dijera las razones por las que mi trabajo le parece pésimo y porque cree usted que yo soy inútil; además yo podría decirle mi opinión al respecto --

¿no le parece?....."

Modelo: "Ahora repítelo (o hazlo), no es -
necesario que sea con las
mismas palabras, empieza.
....."

Paciente: Emitirá una respuesta topográfi-
camente similar a la mode
lada.

Modelo: Reforzará socialmente (en caso de
ser adecuada la respuesta)
o en su defecto modelará
de nuevo la conducta.

Guión B (extinción).

Narrador modelo: "Estas en tu trabajo y de
pronto comentas acerca de
lo bueno que sería reali-
zar una reunión con el ob
jeto que convivan los em-
pleados pero nadie te --
hace caso.....¿qué harías
o dirías?....."

Paciente: Actuará lo que haría o diría en
una situación semejante.

Modelo: Reforzará socialmente en caso de
que la respuesta de la pa
ciente sea similar a la -
esperada.

Modelo: Modelará (en caso de que no se --
haya presentado la res--
puesta adecuada) la si- -
guiente conducta verbal..
"Me parece que todos debe
ríamos tratar de convivir

para llevarnos mejor y co-
nocernos, creo que debe-
ríamos intentarlo ¿no lo
creen así?, ¿qué opinan?
....."

Modelo: "Ahora repítelo (o hazlo), no es -
necesario que sea con las
mismas palabras, empie- -
za....."

Paciente: Emitirá una respuesta topográfi-
camente similar a la mode-
lada.

Modelo: Reforzará socialmente (en caso de
ser adecuada la respuesta)
o en su defecto modelará
de nuevo la conducta.

Guión C (reforzamiento).

Narrador-modelo: "En tu trabajo una compa-
ñera (jefe, cliente, etc.)
se acerca a tí, te salu-
da ¿cómo estás? y te dice
que tu trabajo es muy bue-
no, que lo haces muy bien
.....¿que harías o di- -
rías?....."

Paciente: Actuará lo que haría o diría en
una situación semejante.

Modelo: Reforzará socialmente en caso de -
que la respuesta de la pa-
ciente sea topográficamen-
te similar a la esperada.

Modelo: modelará (en caso de que no se --
haya presentado la res- -

puesta adecuada) la si- -
 guiente conducta verbal..
"Muy bien, ¿y tú? gra-
 cias por decirme que lo -
 hago bien, la verdad es -
 que yo pienso que cuando
 uno tiene un trabajo hay
 que hacerlo lo mejor posi-
 ble ¿no lo cree así?...."

Modelo: "Ahora bien repítelo (o hazlo), no es necesario que sea con las mismas palabras, empieza....."

Paciente: Emitirá una respuesta topográficamente similar a la mode-lada.

Modelo: Reforzará socialmente (en caso de ser adecuada la respues--ta) o en su defecto mode-lará de nuevo la conducta.

IV.- Situación: POSTURA ADECUADA

Guión D

Narrador-modelo: "Estas en una reunión (en el trabajo, casa, etc.) - y la mayoría de la gente que se encuentra allí es muy presentable, princi--palmente las mujeres, tú ¿como te sentarías o ca--minarías?....."

Paciente: Emitirá una conducta motora re--lativa a la situación.

Modelo: Reforzará socialmente en caso de -

que la respuesta de la paciente sea topográficamente similar a la esperada.

Modelo: Modelará (en caso de que no se -- haya presentado la res- -- puesta adecuada) la si- -- guiente conducta verbal- -- motora...."Mira, tendrás que hacerlo así (instrucciones).....con la espalda recta, la cabeza erguida, las piernas lo más -- juntas posible, brazos -- paralelos al cuerpo, cruzados al frente o en el -- regazo....."

Modelo: "Ahora, hazlo..."

Paciente: Emitirá una respuesta topográficamente similar a la modelada.

Modelo: Reforzará socialmente (en caso de ser adecuada la respuesta) o en su defecto modelará de nuevo la conducta.

V.- Situación: AUTOCUIDADO

Guión E.

Narrador-modelo: "Vas a hacer una rutina - diaria en la que tengas - que:

- 1) bañarte
- 2) limpiarte, cortarte o manicurarte las uñas

- de manos y pies.
- 3) lavarte el cabello
 - 4) peinarte el cabello
 - 5) lavarte los dientes
 - 6) traer la bata o vestido limpio
 - 7) traer los zapatos limpios

Paciente: Cumplirá con los requisitos mencionados.

Modelo: En caso de que la paciente no cumpla con los requisitos:

- a) "Castigará" la conducta eliminando reforzadores positivos.
- b) dará instrucciones de como hacerlo
- c) cuando el tipo de conducta de autocuidado - lo requiera, por ser - fácil de implementar - en el cubículo se le - dará un peine o cepi-- llo para que se arre-- gle el cabello; un -- cepillo dental para -- que asee sus dientes y un lienzo para el cal-- zado.

Paciente: Emitirá respuestas adecuadas en cada caso.

Mocelo: Reforzará socialmente.

A P E N D I C E 2

CUESTIONARIOI.- Ficha de identificación.

- a) Nombre _____ b) Clave _____ c) Edad _____
 _____ d) Sexo _____ e) Edo.civil _____
 f) Lugar de nacimiento _____
 g) Ocupación _____ h) Dirección _____
 i) Teléfono _____ j) Fecha de ingreso _____

II.- Ambiente socioeconómico.

- a) Residencia: casa propia__rentada _____
 Depto. rentado __ Depto. propio _____
 Otro _____.
- b) Grado de escolaridad máximo _____
 Padres _____ Esposo _____
- c) Ocupación antes de ser hospitalizada _____

- d) ¿Depende de sí misma o de quién? _____
- e) Salario que percibe _____
- f) Ingreso económico familiar (si trabaja algún otro miembro de la familia) _____

III.- Ambiente familiar.

- a) ¿Con quién vivía antes de ser hospitalizada? _____
- b) ¿Participaba en actividades familiares? Si _____ ¿Cuáles y porqué? _____
 No _____ ¿Porqué? _____

- c) ¿De qué manera ha participado? _____
- d) ¿Cuántos de sus familiares toman en --
cuenta sus decisiones? Todos _____ Algu--
nos _____ Ninguno _____
¿Porqué? _____
- e) ¿Son agresivos con usted?
Si _____ ¿Porqué y de qué manera? _____
No _____ ¿Porqué? _____
- f) ¿Cooperan con usted en las actividades
que quiere llevar a cabo?
Si _____ ¿Porqué y de qué manera? _____
No _____ ¿Porqué? _____
- g) De sus familiares ¿quién cree usted --
que la trata con mayor afecto? _____
¿Porqué? _____
- h) ¿Son afectuosos con usted?
Si _____ ¿Quiénes y de qué manera? _____
No _____ ¿Quiénes y porqué? _____
- i) ¿Tratan de evitar hablar con usted?
Si _____ ¿Quiénes y de qué manera? _____
No _____ ¿Porqué? _____
- j) ¿Tratan de acercarse a usted afectuosa
mente?
Si _____ ¿Quiénes y de qué manera? _____
No _____ ¿Porqué? _____
- k) ¿Tratan de tocarla afectuosamente?
Si _____ ¿De qué manera? _____
No _____ ¿Porqué? _____

IV.- Ambiente social.

- a) ¿Tiene amigos(as)?
Si ___ ¿Cuántos? ___ No ___ ¿Porqué? _____
- b) ¿Participa en alguna actividad con --
ellos(as)?
Si---¿Cuáles? _____ No ___ ¿Porqué? _____
- c) ¿De qué manera ha participado usted --
con sus amigos? _____
- d) ¿Cómo se comportan con usted sus ami--
gos(as)? _____
Bien _____ Regular _____ Mal _____
¿Porqué? _____
- e) ¿Cuántos de sus amigos(as) toman en --
cuenta sus decisiones? _____
¿De qué manera? _____
No ___ ¿Porqué? _____
- f) En general ¿cómo es el grupo de sus --
amigos (as)? Bueno ___ Regular ___ Malo ___
¿Porqué? _____
- g) ¿Son agresivos con usted? _____
Si ___ ¿Quiénes y de qué manera _____
No ___ ¿Porqué? _____
- h) ¿Cooperan con usted en las actividades
que quiere llevar a cabo? Si ___ ¿Quié--
nes y de qué manera? _____
No ___ ¿Porqué? _____

- i) ¿Son afectuosos con usted?
 Si ___ ¿Quiénes y de qué manera? _____
 No ___ ¿Porqué? _____
- j) ¿Tratan de evitar hablar con usted? ___
 Si ___ ¿Quiénes y de qué manera? _____
 No ___ ¿Porqué? _____
- k) ¿Tratan de tocarla afectuosamente?
 Si ___ ¿Quiénes y de qué manera? _____
 No ___ ¿Porqué? _____
- l) ¿Tiene un amigo(a), en especial, por -
 el(la) que sienta mayor estimación? -
 Si ___ ó No ___ ¿Porqué? _____
- m) ¿Considera que el haber sido hospitali-
 zada afectará sus relaciones con sus -
 amigos(as)?
 Si ___ ó No ___ ¿Porqué? _____
- n) En caso de ser soltera:
 -¿Tiene novio? _____
 -¿Cuánto tiempo tiene de novios? _____
 -¿Cómo son sus relaciones con él? _____
 -¿Ha tenido relaciones sexuales? _____
- ñ) En caso de ser casada:
 ¿Cuánto tiempo tiene de casada? _____
 ¿Cómo son sus relaciones con él? _____
 ¿Con qué frecuencia tiene usted rela-
 ciones sexuales? _____

V.- Ambiente hospitalario.

1.- Comportamiento del médico.

- a) ¿Quién es el médico que la atiende? _____
de? _____
- b) ¿Hay algo especial que le agrade del médico que la atiende? Si ___ ¿Qué cosa? _____
sa? _____
No ___ ¿Porqué? _____
- c) ¿Hay algo especial que le moleste de él?
Si ___ ¿Qué cosa? _____
No ___ ¿Porqué? _____
- d) Siente que el médico es:
Agresivo ___ Cooperativo ___ Esquivo ___
Afectuoso ___ Comunicativo ___ ¿Porqué
y de qué manera? _____
- e) ¿Qué médico le gustaría que la atendiera? _____

2.- Comportamiento del psicólogo.

- a) ¿Quién es el psicólogo que la atiende? _____
de? _____
- b) ¿Hay algo especial que le agrade del psicólogo que la atiende?
Si ___ ¿Qué cosa? _____
No ___ ¿Porqué? _____

c) ¿Hay algo especial que le moleste de él (ella)?

Si ___ ¿Qué cosa? _____

No ___ ¿Porqué? _____

d) Siente que el psicólogo es:

Agresivo ___ Cooperativo ___ Esquivo ___

Afectuoso ___ Comunicativo ___ ¿Porqué

y de qué manera? _____

e) ¿Qué psicólogo le gustaría que la -

atendiera? _____

3.- Comportamiento del personal de enfermería.

a) ¿Quién o quienes son las enfermeras que la atienden? _____

b) ¿Hay algo especial que le agrade de la(s) enfermera(s) que la atiende -

(n)? Si ___ ¿Qué cosa? _____

No ___ ¿Porqué? _____

c) ¿Hay algo especial que le moleste - de ella(s)?

Si ___ ¿Qué cosa? _____

No ___ ¿Porqué? _____

d) Siente que la(s) enfermera(s) es -- (son):

Agresiva(s) ___ Cooperativa(s) ___

Esquiva(s) ___ Afectuosa(s) ___

Comunicativa(s) ___ ¿Porqué y de qué manera? _____

e) Qué enfermera le gustaría que la -
atendiera?

4.- Comportamiento de la trabajadora so- -
cial.

a) ¿Quién es la trabajadora social que
la atiende? _____

b) ¿Hay algo especial que le agrade de
la trabajadora social?

Si ___ ¿Qué cosa? _____

No ___ ¿Porqué? _____

c) ¿Hay algo especial que le moleste -
de ella?

Si ___ ¿Qué cosa? _____

No ___ ¿Porqué? _____

d) Siente que la trabajadora social --
es:

Agresiva ___ Cooperativa ___ Esquiva ___

Afectuosa ___ Comunicativa ___

¿Porqué y de qué manera? _____

e) ¿Qué trabajadora social le gustaría
que la atendiera? _____

5.- Comportamiento de la terapeuta ocupa--
cional.

a) ¿Quién es la terapeuta ocupacional
que la atiende? _____

b) ¿Hay algo especial que le agrade de
ella?

Si ___ ¿Qué cosa? _____

No ___ ¿Porqué? _____

c) ¿Hay algo especial que le moleste -
de ella?

Si ___ ¿Qué cosa? _____

No ___ ¿Porqué? _____

d) Siente que la terapeuta ocupacional
es:

Agresiva ___ Cooperativa ___ Esquiva ___

Afectuosa ___ Comunicativa ___ ¿Porqué

y de qué manera? _____

e) ¿Qué terapeuta ocupacional le gusta
ría que la atendiera? _____

6.- Comportamiento de las pacientes de la
sala.

a) ¿Tiene amigas dentro de la sala?

Si ___ o No ___ ¿Porqué? _____

b) ¿Participa en algunas actividades -
con ellas?

Si ___ ¿Cuáles? _____

No ___ ¿Porqué? _____

c) ¿De qué manera ha participado con -
sus compañeras de sala? _____

d) ¿Cómo se comportan con usted sus --
compañeras? Bien ___ Regular ___ Mal ___
¿Porqué? _____

e) ¿Cuántas de sus compañeras toman en
cuenta sus decisiones? _____

- ¿De qué manera? _____
- f) En general ¿cómo es el grupo que --
forman sus compañeras?
Bueno ___ Regular ___ Malo ___
¿Porqué? _____
- g) ¿Son agresivas con usted?
Si ___ ¿De qué manera? _____
No ___ ¿Porqué? _____
- h) Cooperan con usted en las activida-
des que quiere llevar a cabo?
Si ___ ¿De qué manera? _____
No ___ ¿Porqué? _____
- i) ¿Son afectuosas con usted?
Si ___ ¿De qué manera? _____
No ___ ¿Porqué? _____
- j) ¿Tratan de evitar hablar con usted?
Si ___ ó No ___ ¿Porqué? _____
- k) ¿Tratan de acercarse a usted afec-
tuosamente?
Si ___ ó No ___ ¿Porqué? _____
- l) ¿Tiene una compañera en especial --
por la que sienta mayor estimación?
- m) Considera que al salir del hospital
seguirá frecuentando a sus compañe-
ras que conoció en la sala? Si ___ ó
No ___ ¿Porqué? _____

VI.- Comportamiento en la terapia.

- a) ¿Qué tipo de tratamiento lleva? _____
- b) ¿Con qué frecuencia asiste? _____
- c) ¿Cómo se siente cuando está en consulta? _____
 Bien _____ Regular _____ Mal _____ ¿Porqué? _____
- d) ¿Cómo se siente cuando sale de la consulta? _____
 Bien _____ Regular _____ Mal _____ Peor _____
 ¿Porqué? _____
- e) ¿Cómo se comporta cuando está en consulta? _____
 Cooperativa _____ Agresiva _____ Afectuosa _____
 ¿Porqué? _____
- f) ¿Qué actividad de la sala le gusta más? _____
 ¿Porqué? _____
- g) De las siguientes personas ¿cuál le agrada más en las "juntas"? _____
 Médico _____ Psicólogo _____ Enfermera _____ Trabajadora Social _____ Terapeuta Ocupacional _____
 ¿Porqué? _____
- h) ¿Y cuál le disgusta más? _____
 ¿Porqué? _____

PRIMER INGRESO

- 1.- ¿Cuál es el motivo por el que está hospitalizada?
- 2.- Aproximadamente, ¿cuándo se empezó a sentir así?
¿Porqué? _____
- 3.- ¿Ha llevado algún tratamiento?
Si ___ ó No ___ ¿Cuál y porqué? _____
- 4.- ¿Se ha sentido bien con ese tratamiento? ___
¿Porqué? _____
- 5.- ¿Le gustaría llevar otro tratamiento? ___
¿Porqué? _____
- 6.- ¿Quién le dijo que se internara?
Psiquiatra ___ Psicólogo ___ Familiares _____
Ud. misma ___ Amigos ___ Otros _____ ¿Porqué?

- 7.- ¿Con qué persona llegó a la sala? _____
- 8.- ¿Quién le hubiera gustado que la trajera?

- 9.- ¿Cómo se sintió el día de su ingreso?
Bien ___ Regular ___ Mal ___ Pésimo ___
¿Porqué? _____

REINGRESO

- 1.- ¿Cuántas veces ha sido internada? _____
- 2.- ¿Cuál es el motivo por el que se rehospita
liza? _____
- 3.- Aproximadamente, ¿Cuándo se empezó a sen--
tir así? _____
¿Porqué? _____
- 4.- ¿Qué tratamientos ha llevado? _____
- 5.- ¿Ha seguido el tratamiento? _____
- 6.- ¿Se ha sentido bien con ese tratamiento? _____
- 7.- ¿Le gustaría llevar otro tratamiento? _____
- 8.- ¿Quién le dijo que se volviera a internar?
Psiquiatra _____ Psicólogo _____ Familiares _____
Ud. misma _____ Amigos _____ Otros _____
- 9.- ¿Con qué persona llegó a la sala? _____
- 10.- ¿Quién le hubiera gustado que la trajera?

- 11.- ¿Cómo se sintió el día de su ingreso?
Igual que los ingresos anteriores _____ Bien _____
Regular _____ Mal _____ Pésimo _____
¿Porqué? _____

A P E N D I C E 3

HOSPITAL CENTRAL MILITAR
 LISTA CHECABLE
 Informe de Enfermeras (os)

Sujeto No. _____

Enfermera (o): GUINANDOSE POR LOS PUNTOS ABAJO MENCIONADOS OBSERVE COMO SE RELACIONA LA PACIENTE CON SUS COMPAÑERAS Y CON LAS ENFERMERAS (OS). EN CASO DE QUE UD. NO ESTE MUCHO TIEMPO EN ESPACIOS COMO DORMITORIOS, CUBICULO DE TERAPIA - OCUPACIONAL, ETC. CONTESTAR SOLO LO QUE UD. HAYA OBSERVADO EN ESTAS SITUACIONES.

Contestarlo al cumplir la paciente 15 días de internada.

Interacción con compañeros (as)

- 1.- Molesta y ofende a otros (as) verbalmente.
- 2.- Molesta y ofende a otros (as) físicamente.
- 3.- Cambia bruscamente de un estado a otro sintomático suficiente.
- 4.- Charla diariamente con amigos (as).

SI	POCO	MUCHO	REGULAR	NO

	SI	POCO	MUCHO	REGULAR	NO
15.- Se le tienen que pedir las cosas más de una vez.					
16.- Siempre es respetuosa.					
17.- Escucha y es escuchada por sus familiares.					
18.- Se le ve discutiendo con ellos.					
19.- Espera con inquietud sus visitas.					
Personal del turno de la tarde, favor de hacer énfasis entre las 16.00 y 18.00 hrs. -- para contestar las -- preguntas que a continuación se mencionan.					
20.- Se le ve sudar y temblar las manos.					
21.- Camina constantemente, no permanece en un solo sitio.					
22.- Respira de una manera agitada o -- con dificultad.					

33.- Generalmente se hace escuchar en las conversaciones.

Comportamiento en terapia ocupacional.

34.- Es natural y entusiasta en su trabajo.

35.- Dice no estar bien en su trabajo.

36.- Está dispuesta a enseñar lo que sabe y aprender de otros.

37.- Trabaja sin gusto.

Comportamiento en el dormitorio.

38.- Permanece inactiva, sentada, acostada por largos períodos de tiempo, pudiendo ocuparse en algo.

39.- Está molesta con todo y de mal humor.

40.- Se le ve llorar constantemente.

41.- Se ha causado lesiones y heridas intencionalmente.

	SI	POCO	MUCHO	REGULAR	NO
33.- Generalmente se hace escuchar en las conversaciones.					
<u>Comportamiento en terapia ocupacional.</u>					
34.- Es natural y entusiasta en su trabajo.					
35.- Dice no estar bien en su trabajo.					
36.- Está dispuesta a enseñar lo que sabe y aprender de otros.					
37.- Trabaja sin gusto.					
<u>Comportamiento en el dormitorio.</u>					
38.- Permanece inactiva, sentada, acostada por largos períodos de tiempo, pudiendo ocuparse en algo.					
39.- Está molesta con todo y de mal humor.					
40.- Se le ve llorar constantemente.					
41.- Se ha causado lesiones y heridas intencionalmente.					

	SI	POCO	MUCHO	REGULAR	NO
42.- Gesticula y hace movimientos raros.					
43.- Presenta algún defecto físico notable.					
44.- Se le ha reportado o visto consumo de droga.					
45.- Hace de todo un negocio.					
46.- Se le reporta con frecuencia.					
47.- Sabe leer y escribir					
48.- Se le vé leyendo frecuentemente.					
<u>Comportamiento en deportes</u>					
49.- Participa activamente en juegos, y actividades de recreo.					
50.- Se integra al grupo pero no participa.					
51.- Se aísla de sus compañeras.					
52.- Se mantiene junto al personal que asiste a esta actividad.					

53.- Presenta conductas a
gresivas para con --
sus compañeras.

54.- Presenta conductas -
agresivas para con -
el personal.

Comportamiento en la hora
social.

61.- Participa activamen-
te.

62.- Se integra al grupo
pero no participa.

63.- Se aísla de sus com-
pañeras.

64.- Se mantiene junto al
personal que asiste
a esta actividad.

65.- Presenta conductas -
agresivas para con -
sus compañeras.

66.- Presenta conductas -
agresivas para con -
el personal.

Comportamiento en ejecu-
ción de pruebas.

67.- Es cooperativa.

	SI	POCO	MUCHO	REGULAR	NO
53.- Presenta conductas a gresivas para con -- sus compañeras.					
54.- Presenta conductas - agresivas para con - el personal.					
<u>Comportamiento en la hora social.</u>					
61.- Participa activamen- te.					
62.- Se integra al grupo pero no participa.					
63.- Se aísla de sus com- pañeras.					
64.- Se mantiene junto al personal que asiste a esta actividad.					
65.- Presenta conductas - agresivas para con - sus compañeras.					
66.- Presenta conductas - agresivas para con - el personal.					
<u>Comportamiento en ejecu- ción de pruebas.</u>					
67.- Es cooperativa.					

	SI	POCO	MUCHO	REGULAR	NO
68.- Sigue las instruccio <u>nes</u> .					
69.- Se cansa fácilmente.					
70.- Es puntual entusias <u>ta</u> .					
71.- Trabaja sin gusto.					
72.- Presenta conducta <u>agresiva</u> para con el personal.					
73.- Se niega a partici <u>par</u> .					

Nombre _____ + Hoja de registro diseñada
 Turno _____ por Domínguez Trejo, B. Modi
 Fecha _____ ficada a la situación hospita
 Firma _____ laria con las pasantes de
 Psicología. Pérez Avalos, A.
 y Ramírez del Corral, M.P.,
 1978, UNAM-IZTACALA.

A P E N D I C E 4

RESUMEN

HISTORIA CLINICA

I.- DATOS PERSONALES

- a) Paciente: P1
- b) Edad: 19 años
- c) Edo. civil: soltera
- d) Ocupación: ninguna
- e) Escolaridad: 2o. de preparatoria
- f) Reincidencias: 2
- g) Diagnóstico psiquiátrico: depresión con intento suicida y trastorno psicosexual.

II.-PROBLEMA

El problema de P1 empezó hace 7 años, cuando contaba con 12 ó 13 años aproximadamente, en que empezó a involucrarse en el ambiente homosexual en el que frecuentaba bares, clubes, casas de personas homosexuales, en donde se drogaba con marihuana, cocaína, heroína, -- pastillas y alcohol.

P1, presentaba conducta bisexual ya - que le gustaban "mucho" las mujeres, modelos - en su mayoría, pero también sostenía relaciones con hombres, también modelos en su mayoría.

La paciente ocultó a sus padres y -- hermanos su problema durante todo ese tiempo.- Sus padres se enteraron a raíz de que P1 tomó una sobredosis de alcohol y pastillas estimu--

lantes y una vez en su casa empezó a narrarles todo lo ocurrido. P1 reportó que no recordó -- nada de lo que les dijo. Después de este suceso los padres la internaron en el Hospital -- "Fray Bernardino" de donde se escapó. Posteriormente fue internada en el HCM.

P1 hacía las veces de líder dentro -- de su círculo homosexual. Mandaba golpear a -- personas que no le agradaban. Reportó que -- cierta vez, por mandato de ella, violaron a -- una muchacha frente a ella.

P1 estudiaba en un colegio de mon- -- jas, faltaba mucho a sus clases por lo que la expulsaron.

El nivel socioeconómico de la pacien -- te era elevado lo que le permitía desenvolverse sin problemas en el ambiente homosexual e -- irse fuera de la ciudad a lugares recreativos.

P1 había intentado suicidarse, por -- lo menos dos veces, cortándose las venas del -- cuello aunque sus padres no sabían el origen -- del problema.

La paciente reportó que sus padres -- le daban todo lo que les pedía y que eran una familia muy unida. A pesar de esto existía -- poca comunicación entre la familia.

P1 presentaba conductas muy agresi-- vas, de mando y muy autosuficiente. Durante -- su estancia en la sala se deprimía, lloraba, -- gritaba y reportaba que deseaba suicidarse. -- Las conductas que manifestaba siempre estaban en contra de lo que las demás pacientes debe-- rían hacer en la sala.

A P E N D I C E 5

RESUMEN
HISTORIA CLINICA

I.- DATOS PERSONALES

- a) Paciente: P2
- b) Edad: 21 años
- c) Edo. civil: casada con un hijo
- d) Ocupación: secretaria
- e) Escolaridad: secundaria completa y año y medio de comercio.
- f) Reincidencias: ninguna
- g) Diagnóstico psiquiátrico: depresión severa con reacción suicida y homicida.

II.- PROBLEMA

El problema de P2 se desarrolla a --
raíz de una relación interpersonal conflictiva
con su esposo y la familia de éste, principal-
mente con la suegra y una de sus cuñadas.

El marido la golpeaba y sus familia--
res políticos la acosaban ya que vivía en la --
casa del esposo, resultándole la situación muy
castigante. También tenía problemas con su --
propia familia como resultado de una relación
anterior de la que tuvo un hijo, muerto al mes
de edad; asimismo, su familia le reprochaba el
hecho de que no estuviera casada legalmente --
con el esposo. Como resultado de esto la pa--
ciente se distanció de su familia. Presentaba
ansiedad y angustia por el hecho de que no pu-

diera tener una casa para ella y su hijo.

Como la situación de P2 resultaba - muy conflictiva, presentaba reacciones suici-- das y homicidas, ella resolvió internarse en - la sala psiquiátrica del HCM.

Durante su estancia en la sala pre-- sentaba insomnio y llanto frecuente pero sus - relaciones interpersonales, con el personal y sus compañeras, eran buenas.

Manifestaba irritabilidad, agresivi-- dad y depresión solo cuando el esposo la visi-- taba o salía de permiso los fines de semana.

P2 fué la más cooperativa durante -- todo el tratamiento; en relación a este repor-- tó que le servía para "Reflexionar", "desaho-- garme", y "verme en un espejo", "me recuerda - cosas pasadas", "hay momentos en que me da -- risa" (refiriendose al modelamiento) y que -- "pienso seguir en este tratamiento".

A P E N D I C E 6

RESUMEN

HISTORIA CLINICA

I.- DATOS PERSONALES

- a) Paciente: P3
- b) Edad: 18 años
- c) Edo. civil: casada
- d) Ocupación: hogar
- e) Escolaridad: 2o. de secundaria y comercio
- f) Reincidencias: ninguna
- g) Diagnóstico psiquiátrico: neurosis depresiva con riesgo suicida.

II.- PROBLEMA

El problema de P3 se inicia como consecuencia de unas relaciones interpersonales inadecuadas y conflictivas con una vecina a la que el padre de la paciente protegía; esta vecina asumía el papel de madre (aún cuando la madre de la paciente vive con su esposo e hijos) con los hermanos de P3 lo que molestaba mucho a la paciente.

Las relaciones conflictivas con la vecina llegaron a su clímax durante una pelea que sostuvo la paciente con dicha vecina y por lo cual P3 intentó suicidarse tomando pastillas.

La paciente reportó que sostenía buenas relaciones con el esposo aunque este la de

jaba encerrada en la casa para evitar fricciones con la vecina.

P3 presentaba conductas de ansiedad, depresión, llanto, insomnio y agresividad (con el esposo y la vecina principalmente) aunque - en la sala sus relaciones interpersonales eran buenas.

Durante el tratamiento P3 y su esposo se mostraron cooperativos; la paciente reportó: "me he sentido bien", "he aprendido - - algo para quitarme la agresividad".

A P E N D I C E 7

RESUMEN
HISTORIA CLINICA

I.- DATOS PERSONALES

- a) Paciente: P4
- b) Edad: 21 años
- c) Edo. civil: soltera
- d) Ocupación: jugadora de futbol amateur
- e) Escolaridad: lo. de secundaria y lo. de comercio
- f) Reincidencias: 2
- g) Diagnóstico psiquiátrico: episodio de--presivo, trastorno psicosexual y personalidad borderline.

II.- PROBLEMA.

El problema de P4 se inicia a partir de que entra a formar parte de un equipo de --futbol femenino. La paciente reporta que las integrantes de el equipo en su mayoría presentaban conducta homosexual.

La paciente sostenía relaciones con otra muchacha integrante del equipo a la que --decía querer mucho; esta muchacha la dejó por otra por lo que P4 intentó suicidarse y es a --raíz de esto por lo que P4 es internada en la sala.

Por otra parte, las relaciones inter--personales de la paciente con su madre eran --muy conflictivas; su padre era alcohólico y P4

se quejaba de que en su casa no había afecto - ni comunicación. Asimismo la madre, una vez - enterada del problema de la paciente no le mos- traba confianza ni apoyo. La paciente huyó va- rias veces del hogar y mostraba una conducta - agresiva hacía su familia pero durante el tiem- po que estuvo en la sala sus relaciones inter- personales eran buenas aunque se veía deprimi- da y lloraba con frecuencia.

Su respuesta al tratamiento no fue - muy cooperativa mostrando miedo (al inicio de línea base), "me sentía incómoda al principio"; posteriormente reportó: "me he vuelto rebelde, me hacía falta".

Los familiares de P4 no cooperaron - en absoluto durante el tratamiento.

A P E N D I C E 8

RESUMEN
HISTORIA CLINICA

I.- DATOS PERSONALES

- a) Paciente: C1
- b) Edad: 22 años
- c) Estado civil: casada con dos hijos
- d) Ocupación: obrera
- e) Escolaridad: 5o. de primaria
- f) Reincidencias: ninguna
- g) Diagnóstico psiquiátrico: personalidad
bordeline

II.- PROBLEMA

C1 reportó que su problema se inició siendo ella una niña de 4 ó 6 años aproximadamente a raíz de una violación.

La familia de la paciente nunca tuvo buenas relaciones interpersonales; sólo con el padre tenía aceptables relaciones, "es el único con el que me entiendo".

El problema de C1 se agrava cuando se casa a los 15 años de edad y se inician sus problemas matrimoniales ya que el marido le gritaba, pegaba e ignoraba. La paciente se separa de él y este le quita a sus hijos (varones) por lo cual empieza a sentirse muy sola y a sostener con frecuencia relaciones sexuales con otros hombres.

C1 presentaba conductas depresivas y llanto muy frecuente, se aislaba de sus otras compañeras pero no se mostraba agresiva.

Sus familiares nunca la visitaron a excepción de el esposo.

La paciente no se mostraba muy cooperativa con el tratamiento psiquiátrico que llevaba y se excusaba diciendo: "siento que le es toy quitando el tiempo al doctor".

A P E N D I C E 9

RESUMEN

HISTORIA CLINICA

I.- DATOS PERSONALES

- a) Paciente: C2
- b) Edad: 68 años
- c) Estado civil: casada
- d) Ocupación: hogar
- e) Escolaridad: Maestría en Letras
- f) Reincidencias: 4
- g) Diagnóstico psiquiátrico: depresión unipolar

II.- PROBLEMA

El problema de C2 se origina como consecuencia de la muerte de su madre, hace 8 años, cuando "me desperté una mañana y sentí que me quería morir".

La paciente empezó a perder peso e interés por el medio que la rodeaba; presentaba delirio, somatizaciones, angustia, intentó suicidarse (ingiriendo pastillas) por tres veces y temía reintegrarse a la sociedad, a sus actividades normales.

Durante su estancia en la sala, C2 descuidaba el aseo personal y presentaba una preocupación exagerada por mantener su peso (muy bajo) para lo cual dejaba de comer o lo hacía en cantidades mínimas: asimismo, caminaba de un lado a otro de la sala.

C2 no se mostraba muy cooperativa - con el tratamiento psiquiátrico; al contrario de esto el esposo cooperaba con el tratamien--to, ya que asistía a todas las sesiones en que era citado por el médico que se encargaba del tratamiento de su esposa.

Por otra parte, C2 reportaba que las relaciones interpersonales con su esposo eran muy buenas, "el me quiere mucho".

A P E N D I C E 10

RESUMEN

HISTORIA CLINICA

I.- DATOS PERSONALES

- a) Paciente: C3
- b) Edad: 19 años
- c) Estado civil: soltera
- d) Ocupación: telefonista
- e) Escolaridad: 2o. de secundaria
- f) Reincidencias: ninguna
- g) Diagnóstico psiquiátrico: neurosis de--
presiva y trastorno psi-
cosexual.

II.- PROBLEMA

El problema de C3 se origina a raíz de una violación sufrida cuando contaba con 14 años. A partir de los 16 años empieza a mos--trar conducta homosexual porque "empecé a - - odiar a los hombres". A partir de esto se sa--le de su casa y vive sola porque, según repor--te verbal de C3, su familia no era unida.

El problema de la paciente se agrava a raíz de un rechazo sufrido por una mujer, ya que tenía una cita con ella y no llegó por lo cual sufrió "un ataque de nervios", estando --tres días sin comer, con angustia, dolor de ca--beza e intentó suicidarse ingiriendo pastillas, por lo cual es hospitalizada.

Durante su estancia en la sala la paciente mostró buenas relaciones interpersonales con su compañeras y el personal.

Sus familiares nunca llegaron a visitarla, así como tampoco ninguna amiga.

Por otra parte, la paciente se mostró cooperativa con el tratamiento psiquiátrico.

A P E N D I C E 11

RESUMEN

HISTORIA CLINICA

I.- DATOS PERSONALES

- a) Paciente: C4
- b) Edad: 16 años
- c) Estado civil: soltera
- d) Ocupación: estudiante
- e) Escolaridad: 2o. de secundaria
- f) Reincidencias: 2
- g) Diagnóstico psiquiátrico: personalidad histérica con intento suicida; depresión severa.

II.- PROBLEMA

C4 reportó que toda la vida "había sufrido". Su problema se desencadena a raíz de que una vez llegó tarde a su casa y el padre la regañó por lo cual intentó suicidarse ingiriendo pastillas.

Las relaciones interpersonales, de la paciente, no eran buenas con su familia, ya que recibía golpes por parte de la madre desde muy pequeña. La madre la amenazó con quemarle la boca si ella la acusaba con el padre. La agresividad de la madre era manifiesta también para los hermanos de C4.

C4 presentaba conductas de llanto, -

insomnio, sueños, terroríficos, intento e idea
ciones suicidas.

C4 mostró buenas relaciones con el -
personal de la sala y fue cooperativa en el --
tratamiento psiquiátrico.

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

1. Agras, W. S. *The behavioral therapies: underlying principles and procedures.* En Agras, W. S. (Ed.) Behavior modification: principles and clinical applications. Boston: Little Brown and Co. 1972, pp. 1-26.
Behavior modification in the general-hospital psychiatric unit. En Leitenberg, H. (Ed.) Handbook of behavior modification and behavior therapy. New York: Prentice Hall. 1976, pp. 547-565.
2. Atthowe, J. M. *Treating the hospitalized person.* En Craighead, W. E., Kazdin, A. E. y Mahoney, M. J. (Eds.) Behavior modification: principles, issues and applications. Boston: Houghton Mifflin. 1976, pp. 243-259.
3. Bandura, A. y Walters, R. H. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Ed. Alianza, 1974, pp. 57-91.
4. Blatner, H.A. Acting-in: practical applications of psychodramatic methods. New York: Springer Publishing Co. Inc., 1973, pp. 1-5.
5. Craighead, W. E., Kazdin, A. E. y Mahoney, M. J. (Eds.). Behavior modification: principles, issues and applications. Boston: Houghton Mifflin. 1976, pp. 51-110.
6. Domínguez, T. B., Acosta, F. y Carmona, D. *Nueva perspectiva: los pacientes crónicos como asistentes en un programa de rehabilitación conductual en una institución psiquiátrica.* En Bijou, S. W. y

Ribes, E. (Eds.) Modificación de conducta: problemas y extensiones. México: Ed. Trillas. 1975, pp. 216-226.

7. Ferster, C. B. Un análisis experimental de fenómenos clínicos. En Bijou, S. W. y Ribes, E. (Eds.) Modificación de conducta: problemas y extensiones. México: Ed. Trillas. 1975, pp. 227-249.
8. Freeman, H. E. y Giovannoni, J. M. Social psychology of mental health. En Lindzey, G. y Aronson, E. (Eds.) The handbook of social psychology. California: Addison-Wesley. 1968, Vol. V. pp. 660-719.
9. Goldstein, A. P., Martens, J., Hubben, J., Van Belle, H. A., Schaaf, W., Wiersma, H. y Goedhart, A. The use of modeling to increase independent behavior. Behavior Research and Therapy. 1973, 11, 31-42.
10. Gómez, E. y Pam, A. The therapeutic community meeting Journal of the Bronx State Hospital. 1974 2, 33-44.
11. Hersen, M. y Eisler, R. M. Social skills training. En Craighead, W.E., Kazdin, A. E. y Mahoney, M.J. (Eds.) Behavior modification: principles, issues, and applications. Boston: Houghton Mifflin, 1976, pp. 361-375.
12. Hersen, M., Eisler, R. M. y Miller, P. M. Effects of Practice, instructions, and Modeling on Components of assertive behavior. Behavior Research and Therapy. 1973, 11, 443-451.

13. Development of assertive responses: clinical, measurement and research considerations. --
Behavior Research and Therapy. 1973, 11, 505-521.
14. Hofmeister, J. F., Scheckenbach, A. F. y Clayton, S. H. A behavioral program for the --
treatment of chronic patients. American Journal of Psychiatry. 1979. 136, 396-400.
15. Hogarty, G. E. y Goldberg, S. C. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic --
patients. Archives of General Psychiatry. 1973, 28, 54-64.
16. Kanfer, F. H. y Phillips, J. S. Principios de --
aprendizaje en la terapia del comporta--
miento. México: Ed. Trillas. 1976, pp. 23-61; 252-267; 552-579.
17. Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. Psychiatric report. --
En Freedman, A. M., Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. (Eds.) Comprehensive textbook of psychiatry. Vol. I, 1976, pp. 734-736.
18. Kirschner, N. M. Generalization of behaviorally --
oriented assertive training. The Psychological Record. 1976, 26, 117-125.
19. Leitenberg, H. Positive reinforcement and extinction procedures. En Agras, W. S. (Ed.) --
Behavior modification: principles and --
clinical applications. Boston: Little --
Brown. 1972, pp. 27-57.

20. Liberman, R. P., King, L. W. y DeRisi, W. J. Behavior analysis and therapy in community mental health. En Leitenberg, H. (Ed.) Handbook of behavior modification and behavior therapy. New York: Prentice-Hall 1976, pp. 566-603.
21. Morholin, D., Siegel, L. y Phillips, D. Treatment and transfer: a search for empirical procedures. En Hersen, M., Eisler, R. y Miller, P. M. (Eds.) Progress in behavior modification. New York: Academic Press. 1976, Vol. 2, pp. 293-342.
22. Rathus, S. A. Instigation of assertive behavior through video-tape mediated assertive models and directed practice. Behavior Research and Therapy. 1973, 11, 57-65.
23. Ribes, E. Técnicas de modificación de conducta: su aplicación al retardo en el desarrollo. México: Ed. Trillas. 1976, pp. 58-99.
24. Fernández, C., Rueda, M., Talento, M. y López, F. Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología: un modelo integral. México: Ed. Trillas. 1980, pp. 155-235.
25. Rimm, D. C. y Masters, J. C. Terapia de la conducta: Técnicas y hallazgos empíricos. México: Ed. Trillas, 1980, pp. 22; 61-63; 95-98; 101-184; 187-189; 208; 211; 218-220; 242-385-387.
26. Rosenhan, D. L. On being sane in insane places. Science. 1973, 179, 250-257
27. Rosenthal, T. L. Modeling therapies. En Hersen, M., Eisler, R. y Miller, P. M. (Eds.) Progress in behavior modification.

New York: Academic Press. 1976, Vol. 2, pp. 53-97.

28. Skinner, B. F. Ciencia y conducta humana. México: - Ed. Fontanella. 1974, pp. 437-441.
29. Storms, L. H. y Broen, W. E. A Theory of schizophrenic behavioral disorganization. Archives of General Psychiatry. 1969, 20, 129-144.
30. Ullmann, L. P. y Krasner, L. Case studies in behavior modification. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1965, pp. 1-63.
31. Vaillant, G. E. An historical review of the remitting schizophrenias. Journal of Nervous and Mental Disease. 1964, 138, 48-56.
32. Wolpe, J. Práctica de la terapia de la conducta. -- México: Ed. Trillas, 1980, pp. 15-44; -- 95-120.
33. Yates, A.J. Teoría y práctica de la terapia de la conducta. México: Ed. Trillas, 1977, pp. 17-78; 165-195; 235-251.
34. Young, E. R., Rimm, D.C. y Kennedy, T.D. An experimental investigation of modeling and verbal reinforcement in the modification of assertive behavior. Behavior Research and Therapy. 1973, 11, 317-319.