



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

**El Paciente Institucionalizado como Monitor
en Programas de Modificación de Conducta
de Autocuidado en un Hospital Psiquiátrico.**

001
31921
L1
1985-1

REPORTE DE INVESTIGACION

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

MA. CRISTINA LOZANO CHAVARRIA
ARACELI DOSAMANTES JACOME

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1985





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS PADRES
MARGARITA Y ALFONSO
CUYA MEMORIA ES
UNA MORADA DE
TODOS LOS RECUERDOS
Y GRATOS PENSAMIENTOS .

A MIS HERMANOS Y SOBRINAS
PATY, EDUARDO, HUMBERTO, JESUS
JULIA ARLEEN Y JOHANNA

A PEDRO
POR SU APOYO Y PORQUE
SIEMPRE ME ALENTO PARA
SEGUIR ADELANTE .

A MIS PADRES
JOSE LOZANO VARGAS
RAQUEL CHAVARRIA DE L.
PORQUE ME ENSEÑARON QUE:
LOS GRANDES IDEALES
SE HACEN POSIBLES
CUANDO SE TIENE EMPEÑO
EN LAS COSAS PEQUEÑAS.

A MIS HERMANOS
RECORDANDO SIEMPRE QUE:
LO IMPORTANTE ES
ESTAR DISPUESTO,
EN CUALQUIER MOMENTO,
A DEJAR DE SER LO QUE SE ES,
PARA SER ALGO MEJOR.

A MI TIA Y SOBRINAS.
CONCEPCION LOIS LEAL
EURIDICE MARGARITA
ALMA DELIA.

COMISION DICTAMINADORA

LIC. LUIS ANTONIO PINEDA FLORES
POR LA VALIOSA AYUDA Y ORIENTA-
CION QUE TAN AMABLEMENTE NOS --
BRINDO EN LA ASESORIA DE ESTE
TRABAJO DE INVESTIGACION.

AL LIC. JAVIER VILA.

AL LIC. VICTOR SERRANO.

AL DR. CARLOS PUCHEO
DIRECTOR DEL INSTITUTO
MEXICANO DE PSIQUIATRIA,
POR SU AUTORIZACION PA-
RA EL DESARROLLO DE ES-
TA INVESTIGACION.

AL DR. BARRETO
DIRECTOR DEL HOSPITAL
JOSE SAYAGO. POR PER-
MITIRNOS TRABAJAR EN
DICHA INSTITUCION.

A LAS PACIENTES DEL
PABELLON # 5.

A VICTOR I. CASTILLO
CON TODA ADMIRACION Y
CARIÑO POR HABER HECHO
POSIBLE QUE LA REDACCION
DE ESTE TRABAJO QUEDARA
DE LA MEJOR MANERA POSIBLE .

A EDUARDO LOZANO CH.
QUIEN IGUALMENTE AYUDO
EN LA REDACCION DE
ESTE TRABAJO .

A TODAS AQUELLAS PERSONAS
QUE DE ALGUNA FORMA COLA-
BORARON CON NOSOTRAS .
G R A C I A S .

I N D I C E

CAP.	RZT. 1000559	PAG.
INTRODUCCION		1
I.- LA ACCION DEL PSICOLOGO EN EL AREA CLINICA		8
II.- TECNICAS CONDUCTUALES QUE SE HAN UTILIZADO EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS		17
A.- ESTUDIOS ENFOCADOS A UNA SOLA TECNICA		18
B.- ESTUDIOS DE TECNICAS COMBINADAS		23
C.- ESTUDIOS BASADOS EN LA MODIFICACION DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO.		25
III.- PAQUETE DE TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACION.		34
A.- FORMATO DE LA PRESENTACION TOTAL DE LA TAREA		35
B.- ESTIMULOS SUPLEMENTARIOS.		38
C.- REFORZAMIENTO		39
1.- Reforzador.		40
2.- Tipos de reforzadores.		40
D.- DESVANECIMIENTO.		41
E.- CONTROL INSTRUCCIONAL.		42
F.- MODELAMIENTO Y JUEGO DE ROLES.		43
1.- Ensayo conductual.		44
G.- RETROALIMENTACION.		45
H.- LA DESPROFESIONALIZACION Y EL ENTRENAMIENTO A PARAPROFESIONALES.		45
I.- DISEÑO DE LINEA BASE MULTIPLE.		50

CAP	PAG
IV. - DESCRIPCION DEL HOSPITAL CAMPESTRE " JOSE SAYAGO "	
TEPEXPAN, EDO. DE MEXICO.	52
A. - POBLACION	53
B. - PERSONAL.	53
C. - ACTIVIDADES.	54
D. - SERVICIOS Y DESCRIPCION FISICA DEL HOSPITAL	54
E. - RELACION DEL PERSONAL CON LAS PACIENTES.	62
F. - ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN DENTRO DEL HOSPITAL	64
G. - TRABAJOS QUE REALIZAN LAS PACIENTES.	66
H. - INACTIVIDAD DE LAS PACIENTES.	67
I. - AREAS EN LAS QUE NO PARTICIPAN LAS PACIENTES.	68
J. - REINGRESO CONTINUO DE LAS PACIENTES.	68
V. - ESTUDIO PILOTO.	69
FASE I LINEA BASE.	71
FASE II INTERVENCION.	72
FASE III DESVANECIMIENTO.	74
RESULTADOS.	75
DISCUSION.	81
VI. - ESTUDIO EXPERIMENTAL.	84
A. - ENTRENAMIENTO DE LAS MONITORES.	89
FASE DE LINEA BASE.	89
FASE DE ENTRENAMIENTO AL MONITOR.	89
B. - INTERVENCION DEL MONITOR CON LAS PACIENTES	
SUJETOS.	95
FASE DE LINEA BASE.	95

CAP	PAG
FASE DE INTERVENCION DEL MONITOR CON SUS PACIENTES SUJETOS .	95
GENERALIZACION .	98
RESULTADOS .	99
A .- MONITORES .	99
B .- SUJETOS .	104
C .- COMPARACION DE CADA GRUPO .	104
D .- GRUPO CONTRA GRUPO .	112
E .- GENERALIZACION .	115
F .- CONFIABILIDAD .	119
G .- RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS CONDUCTAS COLATERALES .	122
VII .- DISCUSION .	128
VIII .- ALGUNOS ASPECTOS QUE NO SON MENCIONADOS EN LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS .	136
A .- COOPERACION DEL PERSONAL .	137
B .- FALTA DE MEDICAMENTOS .	138
C .- FALLAS DURANTE LA INTERVENCION .	139
ANEXOS .	
1 .- OBJETIVOS, INSTRUCCIONES Y DEFINICIONES DE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO DEL ESTUDIO PILOTO .	142
2 .- REGISTROS DE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO DEL ESTUDIO PILOTO .	154
3 .- TABLA DE DESVANECIMIENTO .	159
4 .- INVENTARIO PARA LA SELECCION DEL MONITOR .	162

CAP.	PAG
5.- REPERTORIOS BASICOS.	172
6.- DEFINICIONES DE CONDUCTAS COLATERALES, REGIS- TROS.	178
7.- HOJAS DE REGISTRO PARA EL MONITOR.	182
8.- ACTITUDES DE LAS PACIENTES A SER ENTRENADAS Y RESPUESTAS DE LAS MONITORES ANTE LA PACIENTE.	189
9.- TABLA DE REFORZADORES.	193
10.- OBJETIVOS, INSTRUCCIONES, DEFINICIONES Y REGIS- TROS DE LAS CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO DE LAS PA- CIENTES SUJETOS.	196
11.- OBJETIVOS, INSTRUCCIONES, DEFINICIONES DE LAS CONDUCTAS DE MANTENIMIENTO.	209
12.- HOJA DE VACIADO DE DATOS.	214
BIBLIOGRAFIA.	217

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

El papel tradicional del psicólogo clínico en años anteriores se ha limitado en ser un auxiliar del psiquiatra. Dado que las funciones que realiza el psicólogo clínico consisten en aplicar baterías de pruebas psicológicas que le permiten diagnosticar de alguna forma el tipo de enfermedad mental de un paciente. Posteriormente es el psiquiatra el que decide acerca de los tratamientos que se deben aplicar, de esta forma se puede ver como es limitado el campo de acción del psicólogo (Colotla, 1980).

Algunas de las alternativas que se han planteado para definir el campo de acción del psicólogo, se dan en aspectos del comportamiento humano.

Así este profesional tiene la habilidad de desarrollar métodos y técnicas que le ayudan a prevenir o rehabilitar problemas de tipo conductual. En el capítulo I del presente trabajo se menciona más ampliamente este problema.

Desde hace tiempo, se han venido reconociendo las limitaciones de los actuales programas de salud mental para satisfacer las necesidades de la población, a causa entre otras cosas a que la actual relación terapeuta-paciente es una situación que no permite tratar con los problemas de salud mental a niveles masivos; además el estado actual del adiestramiento y la preparación de los profesionales que se dedican a la salud mental, indican que la demanda de servicios rebasan al personal adiestrado (Hobbs, 1969).

A este respecto no se disponen de suficientes estudios -

epidemiológicos que nos sirvieran de indicadores para conocer la realidad de lo que está sucediendo en el país.

De los pocos estudios que existen son los coeficientes - de prevalencia de trastornos psíquicos proporcionados por la Sociedad Mexicana de Salud Mental A.C., los que nos muestran que mientras los enfermos mentales psíquicos (usuarios de hospitales psiquiátricos) solo representan el 1 % de la población, hay además un 29 % de niños y adultos con problemas emocionales que no son atendidos en la medida de lo requerido, debido a - la insuficiencia de los servicios existentes.

En una investigación realizada por esta sociedad se detectó que de cada 3,000 pacientes 2 padecen esquizofrenia, 2 psicosis maniaco-depresiva, 3 psicosis senil, 15 epilepsia, 4 neurrosis, 135 con reacciones neuróticas y 27 con deficiencias mentales (Cabildo, 1973).

* En los hospitales psiquiátricos las técnicas conductuales han sido utilizadas en forma aislada o a través de paquetes, - entre éstas una de las más comunes es el empleo de la economía de fichas. En lo que respecta a las técnicas utilizadas dentro de un paquete se encuentran: el reforzamiento, castigo, - instrucciones, juego de roles, ensayo conductual, retroalimentación, modelamiento, exposiciones por medio de video-tape, - etc.

En el capítulo II se bosqueja lo antes mencionado, así como algunos estudios realizados para establecer habilidades de autocuidado en pacientes psiquiátricos.

Debido a las características que presentaba el Hospital -

Campestre " José Sayago " se decidió trabajar con las conductas de autocuidado, puesto que la mayoría de las pacientes carecían de esos hábitos y si los realizaban, lo hacían en forma discontinua y desorganizada.

En el ambiente psiquiátrico se ha visto la necesidad de que los profesionales adiestren al personal, a fin de llevar a cabo los procedimientos de las terapias y de la rehabilitación. Ayllon y Michael (1963), al respecto realizaron un estudio en el cual se empleó una gran variedad de métodos de ingeniería conductual, que fueron aplicados por el personal. En este caso fueron las enfermeras del hospital psiquiátrico las encargadas de llevar a cabo dichos procedimientos para modificar un buen número de desordenes conductuales. En los resultados del estudio se señalaron los efectos que tienen sobre la conducta los aspectos habituales del ambiente del paciente, así como la atención social que proporcionan las enfermeras o los ayudantes de sala.

Para alcanzar este fin, " la terapia tiene que apoyarse en un conjunto de técnicas objetivas que pueden enseñarse fácilmente y ser ejecutadas por un personal relativamente poco entrenado " (Ayllon y Houghton, 1964). Por esta razón para nuestros fines se hizo necesario trabajar con las mismas pacientes como monitores de sus compañeras, ya que esto permite que se atienda a un número mayor de personas con una amplia variedad de conductas a ser modificadas y establecidas. Dado lo anterior, Tarp y Wetzel (1969), tocan el punto de la des

profesionalización de la psicología conductual, para tener mayor alcance en los fines implícitos de una terapia en la que se propone un modelo triádico que se compone básicamente de :
A = Asesor, B = Monitor y C = Sujeto.

Se ha observado que el utilizar a retardados mentales en habilidades de automantenimiento ha servido de apoyo a las -- instituciones (Wagner y Sternlicht, 1975). También se ha - visto que en este tipo de instituciones, los adolescentes re- tardados se han utilizado como voluntarios para enseñar habi- lidades de automantenimiento a niños retardados.

Por otra parte, las técnicas utilizadas para esta inves- tiguación son las siguientes: Control instruccional, presenta- ción total de la tarea, instigación, reforzamiento, juego de roles, retroalimentación; técnicas empleadas como un paquete para la modificación de la conducta de autocuidado utilizando un diseño de línea base múltiple entre sujetos. Esto se men- ciona ampliamente en el capítulo III.

El capítulo IV describe el área física del hospital cam- pestre " José Sayago ", así como su población, el personal, - las actividades que se realizan, además de que se mencionan algunos aspectos que inciden en la relación con las pacientes y que llegan a ser un obstáculo para la planeación de las ac- tividades en el hospital.

En el capítulo V se menciona un estudio piloto, el cual se efectuó con una paciente psiquiátrica con el fin de orga- nizar el paquete de técnicas e igualmente adecuar los procedi- mientos y registros.

Posteriormente esto se llevó a cabo en un estudio experimental en el capítulo VI, el estudio estuvo dividido en tres fases que son: Entrenamiento a monitores-pacientes, intervención del monitor con las pacientes-sujetos y la fase de generalización.

Esta última fase fue para comprobar la efectividad del entrenamiento de las monitores. En dicha fase la monitor entrenó otro tipo de conductas, las cuales no habían sido entrenadas (mantenimiento).

Cabe aclarar que para llevar a efecto esta investigación se tomaron los recursos existentes dentro del hospital, por lo que se trabajó con pacientes y no se requirió de un presupuesto por parte de la Institución.

Los objetivos de esta investigación fueron:

- 1.- Demostrar empíricamente la efectividad de un paquete de técnicas de modificación de conducta en pacientes institucionalizadas.
- 2.- Organizar un instrumento en el que se incluyan una lista de conductas que permitan seleccionar a pacientes que puedan ser entrenadas como monitores de otras pacientes.
- 3.- La demostración empírica de la efectividad de un paquete para entrenar a algunas pacientes como monitores de otros programas de modificación de conducta.

En el capítulo VII se dá una discusión general acerca de

la investigación, así como algunas recomendaciones.

Generalmente en los estudios que se realizan a nivel investigación, no se reportan el tipo de problemas que se presentan durante ésta, por este motivo en el capítulo VIII se mencionan las fallas que se dieron en el transcurso de la investigación.

C A P I T U L O I

L A A C C I O N D E L P S I C O L O G O E N E L
A R E A C L I N I C A .

En el presente capítulo se mencionarán algunas defini-
ciones y opiniones de diversos autores acerca de lo que es o
debiera ser el campo de acción del psicólogo clínico.

Existen diferentes opiniones de las actividades que ha
venido desarrollando el psicólogo en el área clínica; desde
el auxiliar del psiquiatra hasta desarrollar tratamientos o
terapias para poder llevar a cabo la modificación de conducta
en un problema de comportamiento dado. Por lo cual se darán
algunas definiciones que abarcan los aspectos antes menciona-
dos, tomando como punto de partida a la psicología clínica.

Wolman y Schraml (1970), indican que la " psicología -
clínica es la aplicación de los resultados y métodos de todas
las distintas disciplinas psicológicas básicas tales como la
psicología comparativa, sociología y metodología en el "sector
clínico ". Así la psicología clínica es solo un ejemplo de -
la aplicación de un conocimiento científico básico a un campo
concreto y el profesional poseedor de dicho conocimiento debe
ser capaz de aplicarlo él mismo a problemas conductuales que
puedan aparecer en ámbitos diferentes " .

A continuación citaremos cómo ha sido tomado el papel --
del psicólogo.

English (1977), define al psicólogo clínico como " el
profesional que emplea la práctica para ayudar al paciente --
que tiene algún trastorno mental o de conducta, para encontrar
la mejor adaptación a su medio. Esto lo realiza apoyandose -
del diagnóstico, el tratamiento, la prevención e investigación,

lo cual difiere de lo que es la psiquiatría que es una especialidad médica".

Al respecto Eysenck (1975), divide a la psiquiatría en dos partes independientes, una de las cuales tiene relación con los trastornos orgánicos y su tratamiento, que corresponde a ser atendido por el médico o por el psiquiatra entrenado médicamente. Y la otra que se ocupa de los trastornos del comportamiento y su tratamiento, el cual sería de origen conductual que vendría siendo el campo de acción del psicólogo clínico no médico.

Estos dos autores coinciden en cuanto a la descripción del trabajo del psicólogo clínico y del psiquiatra, aunque no están especificadas claramente las áreas y niveles (prevención y rehabilitación) a los que se aboca la psicología clínica.

Bayes (1979), menciona que la tarea principal del psicólogo clínico es la de idear técnicas que llevarán a cabo, satisfactoriamente, a un ajuste o reajuste del individuo a su medio. Para esto el psicólogo utiliza cualquier técnica de observación, medición, o análisis que le ofrezca rendir una apreciación de las capacidades del individuo, de su historia de hábitos y sus características de conductas generales. El clínico hace de la personalidad mal ajustada su campo de estudio y mediante el uso juicioso de procedimientos terapéuticos, trata de cambiar el medio de reeducar al individuo. Este profesional es un psicólogo general que enfoca su atención a una

cierta gama de problemas de conducta práctica.

Bayes, a diferencia de English y Eysenck, nos da un enfoque que acerca del campo de acción del psicólogo, ya que especifica cuáles son los diferentes medios de los que se vale el psicólogo para poder tratar un problema conductual. Además de mencionar que es un psicólogo general el que se aboca a una área específica más no a una especialidad. A diferencia de él Sarason (1975), menciona que un " psicólogo clínico es un profesional con un grado determinado que está especializado en el tratamiento de la misma clase de trastornos. Así mismo está preparado para diagnosticar y tratar problemas de personalidad que no son de índole médico " . Indicando que su esfera de interés y experiencias pueden estar en la planificación y en la conducción de investigaciones exploratorias, además de llevar a cabo aplicaciones de terapia y trabajos de orientación para la rehabilitación.

El campo de acción del psicólogo clínico no ha sido delimitado con la precisión suficiente como para impedir una situación de competencia con los médicos y en especial con los psiquiatras quienes tienen la autoridad absoluta sobre las actividades como la psicoterapia (Reisman, 1976).

En últimas fechas los psicólogos desean deshacerse de los esquemas médicos que los sitúan en una posición subalterna, en donde, únicamente realizan diagnósticos de forma mecánica y son ayudantes de él psiquiatra (Ardila, 1973; Ardila-Reiriera, 1975; Colotla y gallegos, 1978).

Ninguno de estos autores indican las actividades específicas que debería realizar el psicólogo clínico, sin que antes fuera autorizado por el psiquiatra; ya que este último se considera con mayor jerarquía, puesto que la psiquiatría es una rama de la medicina.

Algunos investigadores, tomando en cuenta estas consideraciones, sugieren algunas alternativas. Tal es el caso que reporta Colotla (1980), indicando que " la labor del psicólogo se ha limitado, en gran número de casos, a ayudar al personal médico en la evaluación de la personalidad del farmacodependiente, y de los problemas y conflictos internos que se suponen originan la adicción a las drogas " . Pero menciona que " algunos psicólogos afortunados se han podido integrar en equipos de investigación sobre ^{casos psicóticos} farmacodependencia y han empezado a realizar otro tipo de funciones, primordialmente de análisis estadístico y demográfico de las poblaciones farmacodependientes "

Se puede notar según Colotla que " la farmacodependencia y el alcoholismo no incluyen todas las posibilidades de acción del psicólogo en esta área, sino que existen otras áreas en las que puede intervenir para aplicar programas de rehabilitación, y no únicamente el dedicarse al diagnóstico y aplicación de pruebas psicológicas, las cuales se quedan sólo como un dato estadístico que tiene un margen de error con respecto a la naturaleza del problema "

→ Algunos de los intentos para especificar las funciones -

del psicólogo clínico han sido expuestas por Calderon (1980), en las que indica que el " departamento de psicología clínica tiene por objeto llevar labores de carácter preventivo, identificación, orientación y deficiencias conductuales junto con su ajuste a su medio ambiente " .

[El enuncia tres funciones prioritarias tales como:

- Realizar estudios para la reintegración de expedientes clínicos.
- Desempeñar labores de enseñanza y de práctica, tanto del área asistencial como de la comunidad
- Investigación sobre problemas de aprendizaje y comunicación.

Para poder desarrollar las funciones antes citadas, se consideran las siguientes actividades:

- 1.- Aplicación de pruebas.- Las realiza en forma individual, aplicando pruebas de tipo psicométrico, proyectivas y de orientación vocacional.
- 2.- Integración de estudios individuales.- Esta tarea se realiza después de la aplicación de la batería de pruebas y después del análisis de éstas.
- 3.- Diagnóstico y pronóstico.- Se basa en la aplicación de pruebas y en la integración de los estudios, haciendo observaciones finales para su comentario con los médicos tratantes y determinar el tratamiento del paciente.
- 4.- Terapia y orientación.- Después de que decide que -

el paciente debe continuar con el tratamiento en el departamento de psicología, es necesario que los psicólogos lo atiendan con base a la terapia señalada para cada caso. ↓

Pérez (1981), menciona dos actitudes del psicólogo clínico que son: el clínico aplicado y el clínico investigador. - Al clínico aplicado le interesan los casos individuales puesto que le parecen menos importantes las generalizaciones y -- las estadísticas, ya que lo más importante para él es la percepción del caso que se está investigando. En tanto que el psicólogo clínico investigador considera fundamentalmente las verificaciones empíricas y las metodologías rigurosas que impliquen controles adecuados.

A este punto de vista Kanfer y Phillips (1970), hacen una síntesis de las diferencias entre el clínico aplicado y - el clínico investigador que se resumen así:

- a) Clínico aplicado.- Observa y trata los casos individuales ya que el sujeto exige atención inmediata.
- b) Clínico investigador.- Preselecciona variables dependientes definidas y medidas con precisión, manipula - planificadamente, tomando en cuenta las características de los sujetos.

Como se puede observar, el campo de acción del psicólogo ha ido cambiando paulatinamente hasta el grado de poder delimitar cuáles son sus actividades ampliando sus posibilidades de acción. De esta forma se ha ubicado como profesional y -

no como un auxiliar de otros profesionales.

En la actualidad, las actividades de dichos profesionis-
tas contemporáneos han cambiado, y se pueden agrupar en siete
categorías las cuales son:

- 1.- Evaluación y diagnóstico, a nivel de personalidad, -
inteligencia, aptitudes, etc.
- 2.- Investigación aplicada y fundamental en personalidad,
psicología anormal y evaluación de técnicas y méto--
dos de investigación clínica.
- 3.- Diseña y ejecuta investigaciones relacionadas con el
comportamiento no adaptativo de individuos y grupos.
- 4.- Elabora, estandariza, valida, aplica e interpreta --
pruebas psicológicas utilizando la entrevista.
- 5.- Presta consultoría psicológica mediante programación
psicológica y aplicación de procedimientos y técni--
cas derivadas de los principios y hechos de la psico-
logía científica para modificar el comportamiento de
sadaptado de individuos o de grupos.
- 6.- Lleva a cabo funciones psicoterapéuticas dirigidas a
la comunidad.
- 7.- Selección, entrenamiento y supervisión de no-profe--
sionales de la psicología como enfermeras y personal
auxiliar dentro de clínicas y hospitales. De esta -
actividad también se aplica a los padres y hermanos
de los pacientes.

Dependiendo del tipo de institución en la cual trabaje -

el psicólogo clínico, se podrán definir sus funciones y actividades en las áreas en las que debe intervenir. Con respecto al hospital " José Sayago " donde se implementó esta investigación; se pudo observar que el papel del psicólogo clínico se restringe a la interpretación de pruebas psicológicas a un pequeño grupo de pacientes seleccionadas por los psiquiatras y el de ejecutar terapias ocupacionales y recreativas apoyándose por las terapistas y en algunos casos por las enfermeras. Con respecto a esto el psiquiatra decide que paciente debe ser canalizada al departamento de psicología y si se le puede aplicar alguna terapia.

De lo anterior se deriva , que es necesario que la sociedad conozca la importancia de la labor que puede desempeñar el psicólogo en el campo clínico, ya que este profesional incide en aspectos que se relacionan con la comunidad para poder prevenir y rehabilitar posibles áreas problemas que se presentan con una gran frecuencia.

Una alternativa que se plantea es el abrir más fuentes de entrada en las instituciones y hospitales psiquiatricos, donde el psicólogo no trabaje en forma aislada, sino en colaboración con otros profesionales delimitando funciones y áreas de influencia para el desarrollo de un mejor trabajo interdisciplinario.

aquí

C A P I T U L O I I

T E C N I C A S C O N D U C T U A L E S Q U E S E H A N
U T I L I Z A D O E N L O S H O S P I T A L E S
P S I Q U I A T R I C O S .

En este capítulo se presenta una revisión de algunas de las técnicas conductuales utilizadas en instituciones de diversa índole, dirigidas tanto al establecimiento de conductas adecuadas como a la reducción o supresión de inadecuadas.

La revisión se organizó en tres grupos que son:

- A.- ESTUDIOS ENFOCADOS A UNA SOLA TECNICA.
- B.- ESTUDIOS DE TECNICAS COMBINADAS.
- C.- ESTUDIOS BASADOS EN LA MODIFICACION DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO.

A.- ESTUDIOS ENFOCADOS A UNA SOLA TECNICA.

Debido a la problemática que se presenta en las instituciones psiquiatricas se han diseñado programas en los que se incluye alguna técnica para poder realizar un cambio conductual cuando se requiere, ya sea en forma individual o grupal. Tal es el caso de la economía de fichas que surgió como una alternativa. Lo anterior es mencionado por Ayllon y Azrin (1968).

Los investigadores antes mencionados implementaron un sistema de economía de fichas, el cual consiste en el uso de fichas, ya sean de plástico o boleto que son asignados contingentemente a la conducta deseable, que posteriormente es intercambiada por un reforzador. Generalmente se emplea para casos en los cuales se desea modificar conductas inadecuadas en una institución u hospital.

Por otro lado la economía de fichas se ha empleado para

establecer el reforzamiento sistemático de conductas prosociales y para extinguir respuestas inadecuadas (Ayllon y Houghton, 1962; Atthowe y Krasner, 1965). En tales programas las pacientes obtenían fichas después de emitir las conductas deseables como las de vestirse, completar el trabajo y buen comportamiento. Las fichas se utilizaban para adquirir reforzadores tales como: permanecer en una sala de descanso, horario de comida especial, descansar en el pabellón.

Otro tipo de estudios es el reportado por Hersen, Eisler, Alford y Agras (1973), quienes estudiaron el efecto de la economía de fichas con tres pacientes diagnosticados con neurosis depresiva. Durante el procedimiento se utilizó una conducta que fuera incompatible a la depresiva; el experimento consistió de una línea base en la que se administró la ficha contingentemente a la respuesta de trabajo; en el siguiente período se le enseñó a la paciente a intercambiar sus fichas por privilegios, posteriormente se regresó a la línea base. Dichos autores obtuvieron el siguiente resultado: observaron que en el primer período la conducta de trabajo aumentó, en tanto que el segundo período se disminuyó la conducta.

En este estudio podemos señalar que el sistema de economía de fichas es efectivo para disminuir conductas incompatibles al trabajo. Por otra parte Moss y Rick (1981), realizaron un estudio en el cual emplearon la economía de fichas para modificar conductas de cuidado personal como por ejemplo: hacer la cama, asear el cuarto, lavarse la cabeza, limpieza -

general y vestirse apropiadamente. Se utilizó un diseño experimental B A B. En la fase B se otorgó la ficha solamente cuando el criterio fue cumplido. Durante la fase A se les preguntaba a las pacientes si habían participado en la rutina de la mañana; el reforzador no era entregado contingentemente al cumplimiento del criterio. En los resultados reportados se obtuvo que las conductas de cuidado personal estuvieron bajo el control del programa de fichas. Pero además se indica que al parecer el " ^{reino} reforzamiento social, más que la ficha, puede haber sido el factor motivacional de la participación de las pacientes " .

El sistema de la economía de fichas presenta algunas ventajas que son:

- 1.- Ofrece un menú de eventos reforzantes que el sujeto puede elegir y que él considera qué es lo que debe recibir por su trabajo.
- 2.- Las fichas tienen la función de sustituir reforzadores voluminosos o difíciles de manejar, evitando la entrega contingente.
- 3.- En las instituciones es fácil manejar las fichas por el personal y establecer conductas por grupos de pacientes.

Algunas de las desventajas que se dan son:

- 1.- El sistema de la economía de fichas no es el usual reforzamiento que prevalece fuera de las instituciones .

2.- El sistema de fichas es muy fácilmente generalizable por lo cual se establece una dependencia entre la paciente y el valor de intercambio de la ficha, ya que cuando se retira se observan efectos sobre la conducta del paciente.

3.- Hay otras desventajas relativas al proceso de cambio entre ellas, la necesidad que la institución o el personal que controla el sistema de fichas mantenga el suministro de artículos o una tienda (Baer y Sherman, 1974).

Otro tipo de técnica utilizada es el modelamiento, que consiste en un procedimiento en el que un modelo ejecuta una o varias conductas en presencia de un observador, lo cual tiene como resultado el incrementar o modificar el repertorio de conductas del sujeto u observador (Campos, 1974).

El uso de procedimientos de modelamiento en terapia de la conducta también ha sido definido por Bandura (1969; 1971), " el procedimiento básico del modelamiento es muy simple: consiste, en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes (vivos) o filmados (símbolos) que demuestran las conductas que el cliente habra de adoptar ".

La mayor parte de los trabajos recientes con procedimientos de modelamiento se han relacionado con la eliminación de fobias o comportamientos de miedo por medio de la presentación de modelos, por lo que primordialmente se ha recurrido a la desinhibición de conductas de acercamiento a estímulos de

→ modelamiento

miedo (Bandura, Blanchard y Ritter, 1969).

Goldstein, Martens y colaboradores (1972), realizaron un estudio en el que usaron modelamiento para incrementar conductas independientes. Ellos trabajaron con sujetos diagnosticados como psiconeuróticos, neurasténicos o de alguna clasificación del desorden del carácter. Hubo tres situaciones -- que fueron: modelamiento independiente, modelamiento dependiente y grupo control. Se les presentaban cincuenta videos al azar, de diferentes situaciones en las que tenían que contestar en dos formas que fueron las siguientes: respuestas alternativas independientes, respuestas alternativas dependientes. En dicho estudio se logró que las pacientes incrementaran su "conducta verbal independiente" ante determinada situación que era mostrada en los videos pero no ante situaciones de su vida real.

Una desventaja de usar el procedimiento de modelamiento por sí solo, es cuando se crean situaciones ficticias que las pacientes no pueden realizar en su medio ambiente.

La utilidad de la economía de fichas y el modelamiento por sí solos, tienen algunos resultados positivos aunque presentan varias desventajas como se mencionaron anteriormente. Si se emplearan en forma combinada serían mucho más efectivas para poder realizar la modificación de la conducta en diferentes situaciones.

experimento
maximal

B.- ESTUDIOS DE TECNICAS COMBINADAS.

Algunos estudios reportan el empleo de técnicas combinadas en ambientes institucionales para modificar diferentes tipos de conductas.

Reisinger (1972), quien trabajó con una paciente institucionalizada, modificó directamente el llanto y la risa de la paciente con ansiedad depresiva. Cuando la paciente sonreía se le daba una ficha, la cual era acompañada por reforzamiento social, pero cuando lloraba era multada. Se logró que la conducta adecuada (sonreír) incrementara notablemente, a diferencia del llanto que disminuyó. Para confirmar que el castigo y el reforzamiento son efectivos, se realizó una fase de reversión en la que las conductas volvieron a quedar en su estado inicial al retirar dichas técnicas.

Otros autores que han utilizado técnicas combinadas son Fuerman, Geller, Simon y Kelly (1979), quienes realizaron un estudio con tres pacientes diagnosticadas con personalidad histérica, tendencias obsesivas y reacciones de ajuste a la vida adulta con depresión respectivamente. Utilizaron un diseño de línea base múltiple. Los sujetos recibieron tres sesiones de ensayo conductual por semana para mejorar la ejecución en el juego de roles en una entrevista de negocios estructurada. Durante la ejecución se les retroalimentaba, se realizaban entrevistas con entrevistadores genuinos. Dichos autores confirmaron que el ensayo conductual y el juego de roles son eficaces para establecer una habilidad de entrevista

en pacientes psicóticos. Similarmente Hollandsworth, Glezenski y Dressel (1978), trataron a estudiantes que tenían ansiedad y deficiencias en habilidades verbales en entrevistas de trabajo, para lo que emplearon un diseño de línea base múltiple. Los autores anteriormente mencionados obtuvieron que el procedimiento de entrenamiento utilizando: instrucciones, modelamiento, ensayo conductual, retroalimentación y video tape fueron efectivos en corregir las conductas deficientes en la entrevista de trabajo.

Y Kelly, Laughlin, Claiborne y Patterson (1979), llevaron a cabo un estudio semejante para establecer habilidades de entrevista igualmente en pacientes psiquiátricos. Las técnicas fueron : modelamiento a través de video tape, después se daba una discusión grupal a uno de los grupos, en el otro se les dio juego de roles y reforzamiento verbal. Los investigadores observaron que las conductas inadecuadas disminuyeron y las habilidades positivas fueron incrementadas en los dos grupos, por lo cual se concluyó que las técnicas son efectivas para enseñar habilidades de entrevista.

Otras conductas que han sido modificadas utilizando técnicas combinadas son reportadas por Swenson (1971), en donde se observó que las instrucciones verbales y el reforzamiento que es otorgado por las conductas motoras, cooperativas y verbales pueden disminuir conductas asociales y de inactividad de las pacientes de un pabellón. Su estudio lo realizó con pacientes geriátricas. Durante el estudio se observó que

por el hecho de usar estas técnicas combinadas, las conductas incrementaron notablemente a diferencia de las de inactividad y asociales, las cuales disminuyeron.

Como se revisó en los apartados anteriores acerca de utilizar una técnica en forma aislada para incrementar conductas correctas o disminuir las incorrectas, los resultados que se esperaban no fueron del todo efectivos puesto que muestran algunas desventajas como es la dependencia ante dichas técnicas y que no pueden ser generalizadas a otros ambientes. En tanto que utilizar técnicas combinadas presentan resultados más efectivos, ya que pueden ser aplicables a diferentes ambientes al no presentar este grado de dependencia a ellas.

Las técnicas mencionadas anteriormente se han referido a la modificación de conductas de diferente índole, como son -- las conductas vocacionales, habilidades sociales, verbales y conductas indeseables. Después de revisar y confirmar que el hecho de utilizar técnicas combinadas mostraron resultados -- más efectivos, en cuanto a la modificación de conducta, se estimó que era conveniente emplear un paquete de técnicas combinadas en la presente investigación.

C.- ESTUDIOS BASADOS EN LA MODIFICACION DE CONDUCTAS DE AUTOCUIDADO.

Otro tipo de conductas que se han modificado en instituciones psiquiátricas son las de autocuidado.

Las conductas de autocuidado son aquellas respuestas que

se relacionan con el arreglo y el cuidado personal del sujeto como son: vestirse, lavarse, control de esfínteres, peinarse, comer solos, etc. (Ribes, 1977).

La importancia de las habilidades de autocuidado residen en que los sujetos las ejecuten por sí solos y sin la ayuda de otras personas, además de que la adquisición de estas conductas contribuyen a que la interacción del paciente con otras personas vayan acompañadas de un mejor reforzamiento social.

En relación a lo anterior se mencionarán los diferentes estudios realizados en las conductas de autocuidado en sujetos institucionalizados a nivel retardo y desordenes conductuales.

En los últimos años se han utilizado procedimientos operantes para reducir conductas inadecuadas en niños retardados, se han utilizado castigo y tiempo fuera para reducir conductas inapropiadas en el comer (Chamilton y Ayllon, 1967), -- y el retiro de la comida del niño en periodos cortos de tiempo (Blackwood, 1962; Whitney y Barnald, 1966). Un procedimiento alternativo (Lent, 1967), eliminó el robo de la comida por medio del reforzador para la conducta de no robo y retiro del reforzador por el robo de la comida. Estos estudios sugieren que el castigo en pequeñas proporciones puede usarse para mejorar la conducta de comer en sujetos con retardo severo. Sin embargo de estos estudios sólo uno demostró control experimental de tratamiento, utilizando un diseño reversible.

Spidler, Guess, García y Baer (1970), emplearon como -

técnicas de modificación, la imitación, seguimiento de instrucciones, instigación física y tiempo fuera ocasional para decrementar conductas en la mesa. Ellos utilizaron un diseño multi-variable similar al de la línea base múltiple, en donde se iban asignando cada una de las variables a medida que se realizaban las fases de adquisición. Dichos autores obtuvieron en sus dos grupos experimentales una reducción de las conductas indeseables y se mantuvieron así cuando se realizó el desvanecimiento de las técnicas empleadas al igual que en presencia del investigador; para el grupo control que permaneció en línea base todo el tiempo, las conductas indeseables se mantuvieron en un porcentaje alto.

En otros estudios se ha visto también que el procedimiento usado para iniciar nuevas habilidades de comer, han involucrado la combinación de reforzamiento, instrucción verbal, instigación física y modelamiento para eliminar conductas indeseables a la hora de la comida (Edwards y Lilly, 1966; Hernrksen y Doughty, 1967). O'Brien y Azrin (1972), incluyen modelamiento, también con instrucción verbal y guía física, en un procedimiento para enseñar habilidades en la hora de la comida.

~~X~~ Los procedimientos basados en modelamiento ofrecen un alto nivel de eficacia, ya que la conducta puede ser demostrada por varios entrenadores simultáneamente.

Nelson, Cone y Hanson (1975), estudiaron dos estrategias de entrenamiento que son: modelamiento e instigación ff-

sica para enseñar habilidades más finas a la hora de la comida, el uso correcto de la cuchara, cuchillo y tenedor. Esto se realizó con sujetos institucionalizados y los procedimientos utilizados incluían modelamiento e instigación para la primera situación. Cuando la instigación física se dio primero sola y después fue acompañada de un premio inmediato a través de la utilización de fichas. Los resultados que se obtuvieron fueron: en el grupo al cual se le dio instigación física más reforzamiento inmediato, la habilidad aumentó considerablemente a diferencia del grupo que solo se le administró modelamiento e instigación física.

Wagner y Sternlicht (1975), realizaron un estudio con veintinueve mujeres retardadas en conductas de vestirse y comer. Las habilidades fueron ordenadas relativamente según el grado de dificultad y las técnicas utilizadas fueron: instrucción verbal, demostración por parte del personal y juego de roles. Los resultados de este estudio indicaron que mejoraron significativamente las habilidades de comer y vestirse para los sujetos que recibieron un entrenamiento de tres semanas, además de que se observaron efectos secundarios como fue el decremento de conductas inadecuadas y el incremento de conductas adecuadas de socialización con otras personas y atención a eventos de su medio ambiente.

Gershon, Erichson, Michael y Paulson (1977), realizaron un estudio para comparar la efectividad de la terapia conductual y la terapia tradicional. En la primera se utilizó -

un programa de economía de fichas, terapia racional emitiva y entrenamiento asertivo, en tanto que en la segunda se realizaron pláticas del medio ambiente, discusión de problemas de grupo, intervención somática y psicoterapia conductual y grupal; en esta se empleó un diseño de grupo con setenta y cinco pacientes, los cuales se dividieron en dos grupos: Uno de veinte para la terapia conductual, cincuenta y cinco para la terapia tradicional. Se trabajaron con siete tipos de conductas para modificarlas, las cuales fueron: 1.- Atención a los alimentos. 2.- Limpieza que incluía las conductas: a) desvestirse, b) lavarse la cara y manos y c) peinarse. 3.- Atender a la actividad. 4.- Tiempo de permanecer en la cama. 5.- Socialización. 6.- Comentarios. 7.- Tiempo de sonreír. Los resultados indicaron que el grupo que llevó la terapia conductual obtuvo un incremento en las conductas de vestirse, lavarse la cara y manos. Además las pacientes de este grupo permanecieron menos tiempo en la cama y emitieron un menor número de comentarios que solo los distraían. Estos resultados son en comparación con aquellos que obtuvo el grupo al que se le asignó terapia tradicional. De esta forma se puede confirmar que las terapias de modificación conductual son mejores a las técnicas tradicionales.

Martin, Kehoe, Bird, Jensen y Darbyshire (1971), trabajaron con condicionamiento operante en la conducta de vestirse para niños retardados. Las conductas correctas fueron reforzadas con una aprobación verbal y dulces, las incorrectas

con una negación verbal y tiempo fuera. A los sujetos se les evaluó en base a los siguientes aspectos: 1.- Cuando realizaban las tareas solos. 2.- Cuando se requería de una instrucción verbal. 3.- Cuando requerían de una instigación física.

Las conductas fueron: ponerse el sueter, zapatos, pantalones y brasier, el resultado que se obtuvo fue que además de las contingencias proporcionadas, los sujetos debían discriminar las partes de la ropa. Después de varias sesiones pudieron mejorar su ejecución.

Se han realizado otras investigaciones en donde se modificaron conductas de autocuidado como es la de lavarse los dientes. Lattal (1969), reporta la utilidad de un procedimiento para el manejo de contingencias en el control establecido previamente de la conducta de lavarse los dientes en ocho niños retardados. Desafortunadamente no se realizó un análisis de la tarea de la conducta seleccionada, así como la de sus componentes. En tanto que, Abramson y Wunderlich --- (1972), reportaron el resultado de entrenar a nueve niños retardados a lavarse los dientes, la conducta fue dividida en veinte componentes. La falta de definiciones de los veinte componentes fue muy ambigua, por lo que limitó la utilización de este programa y con ello poderlo replicar a otros estudios.

Horner y Keilitz (1975), mediante un diseño experimental entre sujetos, evaluaron la aplicación de un programa de cepillado de dientes, en el cual incluyeron un análisis de tarea detallado y una estrategia de entrenamiento sistemático.

Dichos autores trabajaron con ocho retardados mentales utilizando estudiantes como modificadores. El procedimiento fue de esta manera: se daban instrucciones para ejecutar la actividad utilizando cuatro tipos de procedimientos durante el entreamiento, los cuales fueron: 1.- No ayuda 2.- Instrucción verbal. 3.- Demostración más instigación verbal. 4.- Guía física más instrucción.

Se aplicó un diseño de línea base múltiple y el procedimiento fue gradualmente desvanecido. Los resultados indicaron que la conducta de cepillarse los dientes incrementó considerablemente. Dichos autores concluyeron que es importante señalar los componentes de una conducta, así como el llevar un orden para que su ejecución sea incrementada, además de que el programa se puede aplicar.

Nelson y Cone (1979), trabajaron con las conductas de higiene personal utilizando economía de fichas en un diseño de línea base múltiple. Las conductas fueron: Lavarse la cara, peinarse, cepillarse los dientes, afeitarse, hacer la cama y vestirse. Las técnicas utilizadas fueron: instrucciones y reforzamiento de fichas, se trabajó con dieciséis pacientes psiquiátricos. Este estudio reportó un incremento sustancial cuando se proporcionaban las fichas en la ejecución de las conductas, además de que el diseño utilizado permitió demostrar la relación funcional entre el procedimiento de la economía de fichas y el incremento en la tasa de las conductas seleccionadas.

Hollander y Horner (1975), realizaron un estudio en el que las técnicas empleadas fueron: el encadenamiento, manejo de contingencias, evaluación medio ambiental, en la modificación de conductas de aseo, cuidado personal y trabajo. El estudio se llevó a cabo con diecisiete pacientes de un hospital mental, diagnosticados como esquizofrénicos. El diseño empleado fue reversible y se establecieron eslabones en la cadena de respuestas, las cuales fueron modeladas para ser ejecutadas por los sujetos del estudio, a cambio se daban boletos para reforzar sus conductas. En este estudio se encontró que las conductas antes mencionadas incrementaron en su ejecución y que estas pueden ser establecidas a través del encadenamiento de respuestas y el manejo de contingencias. /

Check, Lacijs, Mahneckhe y Beck (1971), realizaron un estudio en el que se utilizó un programa para padres de treinta y dos esquizofrénicos convalecientes, los cuales deberían modificar las conductas de regulación de hábitos diarios como bañarse. A los padres se les entrenó para que utilizaran sistemáticamente reforzamiento y castigo a través de instrucciones. Su estudio reportó que los pacientes tuvieron buenas reacciones en cuanto a la ejecución de las conductas, pero los resultados de este estudio fueron basados en reportes de los padres acerca de la conducta de los pacientes y por ello es que no se presentaron resultados significativos acerca de las conductas de autocuidado.

Después de haber realizado una revisión de los estudios

acerca de las técnicas utilizadas en la modificación de conductas de autocuidado, se ha visto que, es más útil emplear un paquete de técnicas para trabajar con estas conductas. Tomando en cuenta las condiciones del hospital " José Sayago " en cuanto al cuidado de las pacientes en habilidades como son las de autocuidado, que no se habían trabajado en forma efectiva, se decidió trabajar con estas conductas, que además sirvieron para disminuir la carga de trabajo del personal de la institución, ya que las pacientes realizaron las habilidades de autocuidado por sí solas; contribuyendo a la readaptación a su medio ambiente, tanto institucional como familiar.

CAPITULO III

PAQUETE DE TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACION.

En el presente capítulo, se mencionará el paquete de técnicas que se empleó para poder llevar a cabo esta investigación; especificando cuáles fueron utilizadas para las pacientes-monitores y las que se aplicaron para las pacientes-sujetos. Se mencionan también los conceptos y descripciones de dichas técnicas.

Las técnicas utilizadas para ambos sujetos son:

A.- FORMATO DE PRESENTACION TOTAL DE LA TAREA

La presentación total de la tarea ha sido empleada para enseñar a pacientes incapacitados mentales la adquisición de habilidades de autocuidado (Martin, England y England, 1971; Martin, Kehoe, Bird, Jensen y Darbishire, 1971). La Presentación Total de la Tarea consiste en realizar un análisis de tarea, a partir del cual se desglosa una serie de pasos a entrenar. Una vez definidos estos pasos se procede a enseñar - cada uno de ellos, comenzando desde el primer paso hasta finalizar la cadena de respuestas. Durante la ejecución el sujeto, recibe las contingencias correspondientes a su conducta. - Por ejemplo: Si una conducta al hacer el análisis de tarea, - tiene cinco pasos, en la P.T.T. se empezaría a entrenar los - cinco pasos en forma ordenada, es decir, se entrenaría el primer paso, luego el segundo ... etc; y durante la ejecución de estos pasos se irían realizando las correcciones necesarias. Las contingencias empleadas pueden ser: instrucciones, instigadores y reforzadores.

En el estudio realizado en este trabajo de investigación, en la Presentación Total de la Tarea (PTT) se llevó a cabo, en primer lugar, un análisis de tarea para desglosar las actividades en pasos a seguir, para posteriormente realizar su entrenamiento. Durante la secuencia se van proporcionando las instrucciones necesarias para llevar a cabo la actividad. Además se administran los instigadores y reforzadores necesarios. Al final de todos los pasos se proporciona un reforzador tangible.

La PTT se deriva de los procedimientos de encadenamiento, por este motivo se describirán algunos aspectos generales de este último.

El encadenamiento consiste en una serie de respuestas unidas por estímulos que actúan como reforzadores condicionados y en forma de estímulos discriminativos. Existen dos tipos de encadenamiento que son:

Encadenamiento hacia adelante.

En el encadenamiento se divide a la conducta en pequeños eslabones, el primero de ellos es enseñado hasta que se establece y es reforzado, posteriormente se relacionan el primero y segundo eslabón de la cadena y son reforzados, una vez que se han establecido estos eslabones se relacionan con el tercero, o sea, el primero, el segundo y el tercer eslabón de la cadena, los cuales son reforzados al final, y así sucesivamente hasta completar los pasos de la cadena. En este procedimiento no se puede continuar con los siguientes pasos hasta -

que éstos están establecidos.

Encadenamiento hacia atrás.

En el encadenamiento hacia atrás igualmente se divide a la conducta en eslabones. El primer eslabón que se establece es el último, este eslabón es asociado con el antepenúltimo y son reforzados, sucesivamente, hasta rearticular la conducta hasta el primer eslabón.

De estos tres procedimientos, se empleó la PTT debido a que presenta las siguientes ventajas con respecto a los otros (Martín, 1980).

- 1.- Durante la cadena de respuestas se puede administrar más fácilmente las instrucciones, los instigadores y reforzadores, ya que la tarea se realiza del primero hasta el último eslabón.
- 2.- El número de ensayos requeridos para establecer la conducta es mínimo, a diferencia de los procedimientos de encadenamiento que necesitan un mayor número de ensayos para establecer la conducta.
- 3.- Debido al número de ensayos, que es menor en la PTT, el tiempo requerido para establecer la conducta se reduce con respecto al encadenamiento, en el cual se tienen que realizar varios ensayos hasta establecer algunos eslabones de la conducta.
- 4.- En cuanto a su utilidad, es más fácil establecer una conducta de autocuidado y mantenimiento, a través de la PTT, que en cualquiera de los dos tipos de encade

namiento citados anteriormente.

B.- ESTIMULOS SUPLEMENTARIOS.

Existen algunos tipos de procedimientos que facilitan la emisión de algunas conductas, las cuales son utilizadas dentro del modelamiento de respuestas (Ribes, 1977).

Los estímulos suplementarios son muy importantes en la adquisición inicial de la respuesta como procedimiento de apoyo. Dentro de estos tipos de estímulos, se encuentran los estímulos instigadores.

Estímulos instigadores.

Este tipo de estímulos se utilizan generalmente en el moldeamiento mismo de la respuesta, o en la extracción de respuestas que el sujeto ya posee dentro de su repertorio, pero fuera del control de los reforzadores en uso.

Su función consiste en forzar la emisión de la respuesta, en consecuencia se debe tener la certeza previa de que tal respuesta existe en el repertorio del sujeto, así como también si el estímulo elegido para instigar es el apropiado.

Existen dos tipos de instigadores:

- a) Instigadores físicos.- Se utilizan para producir la emisión de respuestas motoras, en este caso de movimientos corporales.
- b) Instigadores verbales.- Su forma especial depende directamente de la respuesta que se desea obtener (Ribes, 1976).



**U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA**

En esta investigación, la forma en la que se utiliza la instigación física es la siguiente: cuando la paciente no responde después de habersele dado una instrucción específica, - el investigador y/o Monitor cogen la mano de la paciente indicándole con movimientos la forma adecuada de realizar la conducta.

La instigación verbal se toma como cualquier indicación o palabra que no sea alguna instrucción específica, pero que ayuda a la paciente para que ejecute las respuestas correctamente.

IZT. 1000559

C.- REFORZAMIENTO.

Este concepto fue incorporado dentro del análisis experimental de la conducta por Skinner (1938), conservando la idea fundamental de que el reforzamiento da como consecuencia un fortalecimiento de la respuesta. De acuerdo a Skinner, -- " el reforzamiento es la presentación de un cierto estímulo - en una relación temporal, ya sea con un estímulo o con una -- respuesta ". Además, Ribes (1976), menciona que también es indispensable que dicho estímulo ocurra como consecuencia de la conducta, esta consecuencia tiene un efecto característico que la define, y hace que sea más probable que la conducta -- vuelva a ocurrir en lo futuro.

En esta investigación la asignación de reforzadores era de la siguiente forma:

a) Paciente-Monitor.- Se le aplicaba reforzador social -

durante la realización de la actividad. En tanto, que el reforzador tangible o material se asignaba a sus - pacientes-sujetos. El reforzador tangible era elegido por la paciente-monitor.

b) Paciente-sujeto .- Se le aplicaba reforzador social - durante la ejecución de la actividad, igualmente el - reforzador tangible fue proporcionado al finalizar -- las tres actividades. Sólo en el caso del Estudio Piloto, se administró el reforzador de actividad a la - paciente-sujeto.

1.- Reforzador.

Kazdín (1978), define al reforzador en base a los conceptos de Skinner como: un evento contingente que aumenta la frecuencia de la conducta.

2.- Tipos de reforzadores.

Los tres tipos de reforzadores y eventos reforzantes son: reforzadores materiales (Becker, 1971), reforzadores sociales (Stevenson, 1965) y reforzadores de actividad (Premack, 1959).

Los reforzadores materiales son todos los objetos que se le asignan a un sujeto para poder establecer una conducta apropiada, por ejemplo, en lo que se refiere a niños: otorgar - dulces, alimentos, juguetes; en adultos pueden ser certificados, aumentos, viajes, premios. En la presente investigación - como mayor información - este tipo de reforzadores están señalados en el anexo 9.

Los reforzadores sociales son todos aquellos eventos reforzantes o sociales que afectan la conducta humana.

Por mencionar algunos las sonrisas, los elogios, el contacto físico con otros individuos (Rimm y Master, 1974). En tanto que Ribes (1976), define al reforzador social en base a que " un sujeto recibe reforzamiento social por mediación de otros miembros del grupo social, apoyándose en las convenciones que dicho grupo establece para esa conducta en particular. Por ello ese estímulo es un reforzador social ".

En relación al estudio presentado en esta investigación, los reforzadores sociales fueron: frases elogiando a la apariencia de las pacientes-sujetos, así como la de su actividad.

El reforzador de actividad consiste en asignar actividades o privilegios si se realiza una respuesta que es de baja probabilidad. Este tipo de reforzadores se basa en el principio de Premack (1964), el cual " establece la probabilidad de que alguna actividad o conducta se puede reforzar, a través del privilegio de establecer otra actividad de frecuencia de mayor línea base ".

En lo que respecta al capítulo V se utilizan actividades como reforzadores, por ejemplo: jugar con fichas de refresco, o incluir a la sujeto en las actividades recreativas de la terapista.

D.- DESVANECIMIENTO.

Procedimiento auxiliar empleado en la transferencia del

control de estímulos de un evento a otro. Se utilizó también en la eliminación de ese control, sin que se altere la ejecución del organismo durante la transición (Catania, 1968).

Existen dos tipos de desvanecimiento que son:

Desvanecimiento aditivo y sustractivo.

En el desvanecimiento aditivo, la técnica consiste en introducir gradualmente uno o más estímulos de apoyo, dentro de una determinada situación, para que adquieran control sobre la conducta.

En lo que respecta al desvanecimiento sustractivo, ante una determinada situación se realiza la eliminación gradual de uno o más estímulos de apoyo, los cuales tienen control sobre la conducta (Campos, 1974; Ribes, 1976).

De acuerdo a lo anterior se muestra que según el tipo de desvanecimiento, se fueron quitando aquellos estímulos de apoyo conforme la paciente-sujeto iba ejecutando adecuadamente la actividad. La forma en la cual ocurrió el desvanecimiento se detalla en el anexo 3 de este trabajo.

E.- CONTROL INSTRUCCIONAL.

El control instruccional es " el control de la conducta de un individuo mediante instrucciones verbales, o sea, si a un individuo se le da una instrucción y a continuación éste la ejecuta o da otra respuesta equivalente, se dice que su conducta está bajo el control instruccional, es decir, que es capaz de seguir instrucciones " (Campos, 1974).

Para nuestros fines, las instrucciones se dividieron en dos tipos:

- 1.- Instrucción general.- En la cual se espera que la paciente ejecute una actividad completa.
- 2.- Instrucción específica.- Se aplica para cada eslabón o paso de la actividad o tarea.

Es de vital importancia que la paciente-monitor conozca y maneje las instrucciones para el mejor desempeño de la paciente-sujeto a entrenar.

F.- MODELAMIENTO Y JUEGO DE ROLES.

El procedimiento básico del modelamiento es muy simple: Por medio de uno o más individuos presentes (vivos) o filmados (simbólicos) se le muestra al paciente las conductas -- que se desea sean adoptadas por él (Bandura, 1969).

Para poder llevar a cabo el juego de roles se utiliza el modelamiento, para demostrar las conductas deseadas y modeladas en situaciones simuladas (Kazdin, 1977).

El juego de roles que se realizó en la presente investigación fue de la siguiente manera:

En un cubículo, dos investigadores junto con la paciente monitor realizaron una sesión de juego de roles. Una de las investigadoras actuaba como paciente que se estaba entrenando y la otra adaptaba el rol de la paciente-monitor, mientras -- que la paciente-monitor observaba la ejecución. Posteriormente se intercambiaron los roles, en donde la paciente-monitor

entrenaba las actividades de autocuidado a una de las dos investigadoras, y la segunda retroalimentaba su ejecución.

1.- Ensayo conductual.

Esta técnica fue llamada originalmente psicodrama conductual (Wolpe, 1958), consiste en la actuación de breves intercambios entre el terapeuta y el paciente en ambientes de la vida de este último (Wolpe, 1981).

La técnica de ensayo conductual es tan amplia que no sólo implica en sí muchos procedimientos conductuales básicos, sino que también puede adoptar distintas modalidades. En algunos casos la paciente puede emitir cierta respuesta que se ha establecido como meta final del programa de modificación; en otras, puede desarrollar toda una serie de respuestas en una relación, con la colaboración de otras personas (psicodrama conductual), en otras más, puede emitir conductas simples o complejas, completamente incompatibles con sus respuestas usuales en situaciones similares (terapia de rol fijo de Kelly; Villarreal, 1981).

El ensayo conductual se ha utilizado en la modificación de conductas no asertivas, sociales, y en el caso de esta investigación, se utilizó para entrenar a pacientes institucionalizados.

Cuando la monitor pasa a entrenar a sus pacientes-sujetos, se consideró en ese momento como ensayo conductual, ya que la monitor tenía que aplicar el paquete de técnicas para lo cual fue entrenada.

G.- RETROALIMENTACION.

El término retroalimentación, ha sido tomado del campo de la teoría de la información y de algunos modelos de la comunicación humana. Acerca de la relación de este término con el análisis experimental de la conducta, Malott, Tillema y Glenn (1978), señalan lo siguiente: " enunciados de retroalimentación son aquellos por los cuales otros nos indican (o nos decimos) lo que está correcto y lo que está equivocado en nuestros actos, qué características de nuestros actos producirán probables recompensas o aversivos. Actuamos bajo control en enunciados de retroalimentación, cuando tales enunciados sirven como señales para nuestros actos, ya manteniendo la forma de los actos satisfactoriamente iguales o causando un cambio en su forma " (En Villarreal, 1981).

En esta investigación, la retroalimentación fue un factor muy importante, ya que siempre fue aplicada en las diferentes situaciones, a las que se entrenaba la monitor.

Con ello se garantizó que la paciente pudiera ejecutar en forma óptima sus conductas.

H.- LA DESPROFESIONALIZACION Y EL ENTRENAMIENTO A PARAPROFESIONALES.

A continuación se mencionarán algunas definiciones acerca de la desprofesionalización. A la vez se incluyen los primeros intentos para realizar este procedimiento, como es el caso que muestra Tharp y Wetzel (1969), que toman el modelo triádico como una alternativa para llevar a cabo la desprofe-

sionalización de la psicología conductual, y con ello poder tener más alcances específicos en los fines implícitos de una terapia. El modelo triádico consiste en la relación que se establece entre un asesor con el monitor, éste a su vez interactúa con el paciente-sujeto. En dicho modelo se presentan algunas de las siguientes ventajas:

- a) La relación entre el asesor y el paciente-sujeto no presenta tanta dependencia como en una relación diádica.
- b) El asesor informa al monitor acerca de las técnicas o procedimientos que puede utilizar para la modificación de conducta de un sujeto.
- c) Este modelo permite garantizar el mantenimiento y generalización de las conductas del paciente-sujeto.

Varela y Seligson (1979), definieron a la desprofesionalización como: " la práctica social del psicólogo en la que se involucra a una tercera persona como mediador, que determina los problemas que deben estudiarse y que en última instancia deba ser el beneficiario del uso de técnicas y métodos propios de psicología " .

Ribes (1980), considera que la desprofesionalización es " la transferencia a amplias capas de no-profesionales de los conocimientos tecnológicos fundamentales de la disciplina, que permiten su aplicación extendida y permanente por aquellos que tradicionalmente han sido receptores de servicios " .

La desprofesionalización fue definida por Brea y Correa

(1980), como " la transferencia a la comunidad de una serie de procedimientos que han sido sistematizados por el psicólogo, y la capacitación de miembros comunitarios en el análisis de la forma en que su comportamiento incide sobre los demás y entender cómo los demás afectan la manera en que se percibe la realidad, de responder con mayor o menor intensidad y motivación a las exigencias de ese medio social, de apreciar sus formas y mecanismos de aprendizaje. Desde luego este enfoque se dirige a la aplicación de la psicología social en ambientes comunitarios, explicando a la vez un conjunto de comportamientos a modificar en una comunidad marginada ".

Mientras Varela, Seligson y Ribes, se abocan a situaciones concretas de la desprofesionalización, tomando el modelo triádico en su forma simple; Brea y Correa sitúan a la desprofesionalización dentro de la psicología comunitaria. Por otra parte Orozco y Salas (1980), en su trabajo de tesis, definen a la desprofesionalización como " la relación entre un profesional y un no-profesional, entendiéndose este último como cualquier persona que no ha alcanzado un grado profesional, y que recibe un entrenamiento científico para intervenir como mediador entre el profesional y los miembros de la comunidad ".

Una definición más es la de McDonald y Durban (1981), quienes consideran que la " desprofesionalización debe considerarse como un entrenamiento de los aspectos básicos de la psicología, que se fundamenta más en la práctica que en la teoría, que vaya dirigida a personas las cuales pertenezcan a

determinada comunidad marginada, y que deseen ayudar a resolver algún problema existente dentro de ésta. Sin que por esto exista alguna desvinculación total entre los profesionistas que dan el entrenamiento y las personas que lo reciben ".

Como se ha visto, esta serie de definiciones acerca de la desprofesionalización se refieren básicamente a la transferencia de conocimientos particulares a personas no-profesionales mediante un entrenamiento. Para lo antes citado Johnson (1972), ha clasificado dicho entrenamiento en dos grupos:

- 1.- Este grupo lo constituyen las instrucciones, sean estas verbales o escritas.
- 2.- Este grupo lo forman la retroalimentación inmediata o demorada, es decir, el uso de señales auditivas, visuales, etc, el contrato conductual y la asesoría del entrenador.

Dentro del procedimiento de la desprofesionalización de la psicología, se encuentra el entrenamiento a para-profesionales.

A continuación se describirá que es un paraprofesional, y la función que desarrolla dentro de este procedimiento.

El paraprofesional es un individuo al que se le enseña un procedimiento específico que debe manejar para resolver un problema conductual en particular (Mares y Hick, 1981). Ribes y Bijou (1977), mencionan que un paraprofesional es alguien que trabaja con una persona que tiene un grado o profesión. Se han utilizado una gran gama de paraprofesionales

como son: Padres (Mares y Heck, 1981), Maestros (Lovit y Cols., 1969; Evans y Oswalt, 1968), Enfermos psiquiátricos (Atchinson y Gree, 1974), y Enfermeras psiquiátricas (Ayllon y Michael, 1959). Otro tipo de paraprofesionales son los semejantes o compañeros que son una fuente casi no utilizada de gran potencial humano existente (Bijou y Ribes, 1977).

Para llevar a cabo el entrenamiento de los paraprofesionales se han utilizado diferentes técnicas como son:

- 1.- Conferencias.- Que son impartidas en forma grupal a través de una serie de pláticas.
- 2.- Instrucciones.- Consisten en la asignación e instrucción de técnicas en forma individual, y cuyo contenido se basan en pasos que se pueden seguir en relación con la conducta a modificar del sujeto.
- 3.- Lecturas o manuales.- Son textos que sirven para proporcionar, a la persona a entrenar, información acerca de los entrenamientos a realizar. Paralelamente se llevan a cabo sesiones en las que el instructor aclara las dudas que surjan en las lecturas.
- 4.- Audiovisuales.- En los que se presentan películas o gráficas relacionadas con el tema a tratar.
- 5.- Modelamiento.- Implica que el instructor - ante la presencia del posible monitor - realice demostraciones del procedimiento a seguir.
- 6.- El juego de roles.- En el que se asignan determina-

dos papeles a los posibles terapeutas, para que puedan poner en práctica los conocimientos adquiridos en el programa, y así, el instructor lleve a cabo la retroalimentación.

Dentro de las técnicas antes mencionadas, se encuentran implícitas la retroalimentación, el reforzamiento social, el reforzamiento tangible y la economía de fichas.

En base a lo anterior, en el presente trabajo se utilizó a pacientes institucionalizados como monitores o paraprofesionales en la enseñanza de habilidades de autocuidado.

1.- DISEÑO DE LINEA BASE MULTIPLE.

La línea base múltiple consiste en el registro sucesivo de dos conductas iguales en situaciones diferentes, o de dos conductas diferentes en una misma situación, o de una misma conducta en situaciones diferentes (Ribes, 1976; Vance, 1971).

En la técnica de línea base múltiple "... se identifican y registran una cantidad de respuestas a lo largo del tiempo para proporcionar líneas de base contra las que se podrán evaluar los cambios. Una vez establecida la línea base, el experimentador aplica una variable experimental a una de las conductas, produce un cambio en ellas y quizá se nota poco o ningún cambio en las otras líneas base. En la continuación de esta línea base, el experimentador, aplica el mismo tratamiento a una segunda conducta y registra la tasa de cambio de la misma. Este procedimiento se sigue secuencialmente hasta que

se aplica el tratamiento a todas las conductas-objeto seleccionadas " (Baer, Wolf y Risley, 1968).

En la actualidad existen tres modalidades básicas de diseños de línea base múltiple que son:

- 1.- Línea base múltiple entre conductas.
- 2.- Línea base múltiple entre sujetos.
- 3.- Línea base múltiple entre situaciones.

Los elementos que pueden configurar una línea base múltiple son cuatro:

- 1.- La situación física.
- 2.- La topografía conductual.
- 3.- La persona emisora de la conducta.
- 4.- El momento en que se emite la conducta.

Dados estos cuatro elementos, su combinación puede generar muy diversas clases de línea base múltiple (Ribes, 1976).

Para esta investigación, se utilizó el diseño de línea base múltiple entre sujetos, en las que se vean involucradas tres personas, tres conductas distintas, tres situaciones físicas y tres momentos en tiempo.

CAPITULO IV

DESCRIPCION DEL HOSPITAL CAMPES-
TRE "JOSE SAYAGO" TEPEXPAN, EDO.
DE MEXICO.

A.- POBLACION.

Las pacientes que están internadas en el hospital-en su mayoría- son personas de escasos recursos económicos, ya que esta institución es ^{de sob.} benéfica. Aunque también alberga a personas de recursos económicos elevados, que ~~cuentan con mejor atención.~~

Los tipos de padecimientos que generalmente se atienden son: esquizofrenia, epilepsias, parálisis cerebral, retardo mental, etc. La capacidad máxima de pacientes que se puede atender en este hospital es de ~~cuatrocientas personas.~~ * 550

Las edades de las pacientes fluctúan en promedio entre - los veinte y los setenta años de edad. (segunda con 318)

B.- PERSONAL.

El hospital cuenta con el siguiente personal:

- Director.
- Subdirector.
- 5 - Tres médicos psiquiatras. 3 dentistas
- 18 - Un médico general encargado de cada pabellón. 3 decc. en RX
- 220 - Equipo de enfermeras. 3 Laboral
- 11 - Trabajadoras sociales, una por cada pabellón. 2 odontólogos
1 fec. dent. em.
- 9 - Tres psicólogos.
- Afanadoras.
- Personal de intendencia.
- Trabajadores administrativos.
- Tres terapistas.

C.- ACTIVIDADES.

Un día de rutina para cada paciente consistía en las siguientes actividades:

- 1.- Se levantan a las 6:00 A.M. *-Tend. Co. - Baño*
- 2.- Asignación de medicamentos.
- 3.- Desayuno. *- Dientes*
- 4.- Realización de actividades de mantenimiento del pabellón, cocina, lavandería y talleres. Algunas se dedicaban a deambular por el hospital.
- 5.- Asignación de la segunda toma de medicamentos a las 11:00 A.M.
- 6.- Comida a las 12:00 P.M. *- Progenios*
- 7.- Por la tarde, al no haber actividades, las pacientes se dedicaban a permanecer dentro de su pabellón o deambulando por todo el hospital.
- 8.- Asignación de la tercera toma del medicamento a las 18:00 P.M.
- 9.- Merienda a las 18:30 P.M.
- 10.- Dormirse a las 19:00 P.M. en sus pabellones, o ver televisión un rato.

Los domingos y días festivos las actividades eran las mismas, a excepción de las pacientes que juntaban ocho boletos para salir a misa o que estaban de permiso.

D.- SERVICIOS Y DESCRIPCION FISICA DEL HOSPITAL.

Los servicios del hospital, son los siguientes:

- 1.- Administrativo. Registran los ingresos y las altas - de las pacientes, así como la coordinación de los re cursos económicos y humanos de la institución.
- 2.- Jefatura de enfermeras. Asignación de enfermeras y a fanadoras de todos los pabellones.
- 3.- Trabajo social. Se encarga de realizar el diagnósti- co a nivel investigación familiar de todas las pacientes.
- 4.- Psicología. Se encarga de evaluar a las pacientes pa ra canalizarlas a las terapias que se realizan en el hospital por otro personal, previa autorización del psiquiatra.
- 5.- Central médica. Da consulta externa a las personas - que vienen de fuera del hospital y se encarga de a-- tender a las pacientes reportadas como delicadas.
- 6.- Comedor. Se prepara la comida de las pacientes y se - proporciona el servicio de alimentos al personal del hospital en sus secciones respectivas.
- 7.- Lavandería. Se encarga del lavado de ropa de cama y de batas de las enfermeras.
- 8.- Unidad recreativa. En la que se brinda el servicio - terapia grupal, involucrando actividades como el juego de lotería y festivales.
- 9.- Talleres. En estos se realizaban actividades de cor- te y confección, bordados y trabajos manuales.
- 10.- Salón de belleza. Se encarga de cortar el cabello, -

cortar uñas de las manos y pies de las pacientes.

11.- Intendencia. Se encarga del mantenimiento de jardines, conexiones eléctricas e instalaciones de gas.

12.- Servicios médicos. Se dedica a la asignación de fármacos, así como de la revisión de la salud de las enfermas una o dos veces por semana.

Las secciones con las que cuenta el hospital se describen a continuación:

1.- Granja. En este sitio se guardan los granos y se dividen en dos secciones: una para la cría de cerdos y la otra para la cría de borregos.

2.- Canchas. En esta sección hay dos canchas de "básquet-ball" y una de "volei-ball".

3.- Sección de talleres. Está estructurada por cuatro salones, dos de los cuales se ocupan como talleres y uno como salón de belleza, uno más era ocupado como almacén.

4.- Unidad recreativa. Incluye un escenario, dos cubículos, sanitarios y una pequeña bodega.

5.- Almacén. Aquí se guardan los comestibles de las pacientes.

6.- Guardaropa. Es un salón en donde se guardan la ropa de vestir y de cama de las pacientes.

7.- Lavandería. En donde se encuentran las máquinas de lavado y secado de la ropa.

8.- Cocina. En donde se elaboran los alimentos para las

pacientes y el personal

- 9.- Comedor de las pacientes. Es un salón grande donde -
están las mesas, sillas, así como los utensilios ne-
cesarios para la comida.
- 10.- Comedor del personal. Es un cuarto tres veces menor
que el comedor de las pacientes. Tiene mesas, si-
llas e implementos para la comida.
- 11.- Sección de médicos residentes. Esta área está forma-
da por una salita de descanso, un pequeño comedor y
habitaciones para los médicos que realizan su servi-
cio social en la institución, y para los médicos --
que se encuentran de guardia.
- 12.- Salones de conferencias. Se componen de dos salones
y una biblioteca para el uso del personal de la ins-
titución.
- 13.- Taller de herramientas. En donde se guardan las he-
rramientas necesarias para el arreglo del transpor-
te que requiere el hospital.
- 14.- Administración. Está constituida por una recepción
oficinas, sala de espera, archivo de expedientes y
un checador. Junto a la administración se encuen-
tra las oficinas de jefatura de enfermeras, trabajo
social, psicología, una pequeña tienda y una bodega.
- 15.- Central médica. La constituyen: sala de terapia in-
tensiva, cuarto de rayos " X ", recepción, sala de
electroencefalograma, cuarto de fármacos, sala de -

análisis clínicos y baños.

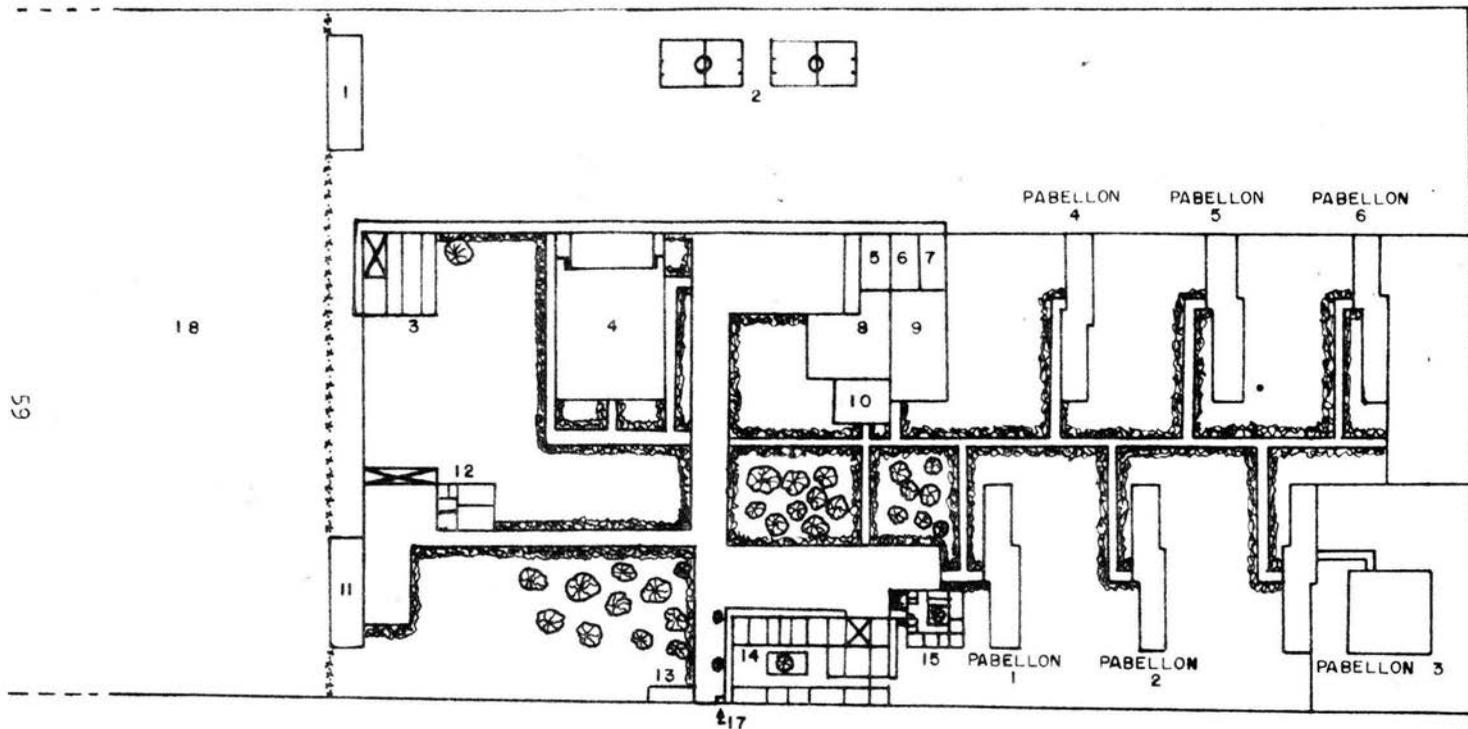
16 - Pabellones. Formados por una sala de espera con dos mesas y sillas, baños internos y uno externo, regaderas, consultorio médico, oficina de trabajo social, área de enfermeras, sala de aislamiento, sección o patio de lavaderos y dos secciones de dormitorios, - los cuales tienen la capacidad para 70 pacientes. - Todos los pabellones se constituyen de la misma manera, a excepción del pabellón tres, en el cual hay un comedor y jardín propio aislado por una barda -- del resto del hospital, porque en este pabellón se encuentran las pacientes crónicas.

17.- Cabina de informes. Se encuentra en la entrada del hospital y allí se registran a los visitantes.

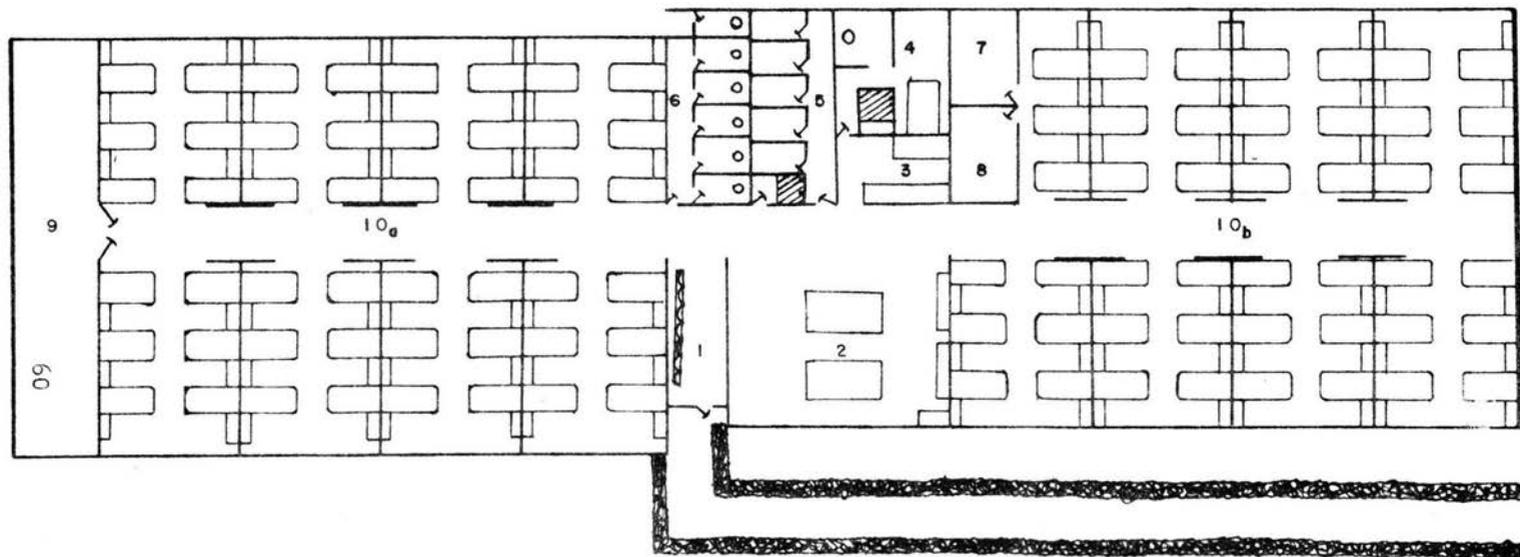
18.- Hortaliza. Es un terreno que abarca una tercera parte de todo el hospital, y en él se siembra maíz, -- calabaza, frijol, etc.

De esta forma se describe el hospital " José Sayago ". Para mayor detalle se presenta un croquis de todo el hospital, a fin de dar una mejor ubicación de las secciones con las que cuenta.

Igualmente se anexa el croquis del pabellón cinco, lugar donde se realizó esta investigación.



CROQUIS DEL HOSPITAL CAMPESTRE "José Sayago"



CROQUIS DEL PABELLON Nº 5 DEL HOSPITAL CAMPESTRE "José Sayago".

Descripción del pabellón número cinco, en cual se trabajó directamente con las pacientes.

- 1.- Sala de espera. Es un pequeño pasillo en el cual se encuentran seis sillas unidas por una barra, que son utilizadas por las pacientes o los familiares que las visitan.
- 2.- Sala de terapia ocupacional. Esta sala está situada enseguida de la sala anterior, y en ella se encuentran dos mesas, sillas y los expedientes de las pacientes del pabellón.
- 3.- Mostrador de enfermeras. En este pequeño mostrador se encuentra un closet, dos fregaderos, estufa, mostrador con cajones y medicinas.
- 4.- Sala de aislamiento. Junto al mostrador de enfermeras, se encuentra la sala de aislamiento que cuenta con un baño, cama y buró.
- 5.- Regaderas. Es una sección que cuenta con cinco regaderas en total, junto a ésta se encuentra un pequeño armario en el que se guardan los artículos de aseo.
- 6.- Baños. Cada pabellón cuenta con cinco baños, cinco lavabos y un baño externo.
- 7.- Consultorio médico. El consultorio médico del pabellón es un cubículo pequeño en el que se encuentran una cama, un escritorio, una silla y un estante.
- 8.- Cubículo de la trabajadora social. Este pequeño cubículo, tiene un estante, un escritorio y tres sillas.

9.- Sección de lavaderos. Es un pequeño patio con seis lavaderos y tendedores.

10a y 10b.- Dormitorios. Las dos secciones de dormitorios tienen un total de 93 camas y 93 estantes.

A continuación, se mencionan algunos aspectos que de una manera inciden en las relaciones con las pacientes y que pueden llegar a obstaculizar las actividades en el hospital.

E.- RELACION DEL PERSONAL CON LAS PACIENTES.

1.- Médico con las pacientes.

Los médicos se encargan de los cuidados de las pacientes en lo que se refiere a medicamentos, o al cuidado especial si la enfermera lo reporta como necesario. La relación de comunicación que se da entre médico-paciente es relativamente poca y únicamente de índole profesional.

2.- Enfermeras con las pacientes.

La relación con las pacientes en ocasiones era satisfactoria, aunque las enfermeras - dentro del mismo pabellón - tenían preferencias hacia algunas de las pacientes otorgándoles ciertos privilegios, en relación con las otras que son la mayoría. Un aspecto - que es importante mencionar, se refiere al siguiente hecho: al crear el hospital, a las afanadoras se les brindó la oportunidad - mediante un curso de enfermería - de convertirse en enfermeras auxiliares.

Por ende, su actividad es muy específica y limitada, y la calidad de su trabajo no es del todo satisfactorio.

3.- Trabajadora social con pacientes.

La trabajadora social es una de las personas con la cual inicialmente tienen contacto las pacientes, debido a que la primera realiza el expediente de cada paciente y lo archiva. Después de ese contacto la trabajadora social sostiene entrevistas ocasionales con las pacientes. La información obtenida es archivada, misma que volvera a ser consultada en caso de que se requiera algún permiso para que la paciente pueda salir del hospital.

4.- Psicólogos con las pacientes.

Los psicólogos establecen relación con las pacientes exclusivamente cuando están bajo algún programa especial. Igualmente los boletos que los psicólogos otorgan por conductas adecuadas de las pacientes. En ocasiones se ponen a platicar con ellas sin un fin específico. Los psicólogos realizan evaluaciones psicométricas y clasifican a las pacientes según su padecimiento.

5.- Afanadoras con las pacientes.

Se observó que la relación afanadoras-pacientes sólo era buena, si éstas ayudaban a las afanadoras o realizaban su trabajo dentro de los pabellones. Pero -

si las pacientes se negaban a ayudarles, las amenazaban con meterlas al cuarto de aislamiento aunque en algunas ocasiones las afanadoras les ofrecían dinero para que trabajaran en la limpieza del pabellón, pero no siempre fue dado ese " pago " por lo que las - pacientes ya no querían cooperar si no se les pagaba.

F.- ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN DENTRO DEL HOSPITAL.

1.- Las actividades con la terapeuta.

- a) Juego de lotería. En el que participaban aproximadamente 20 pacientes, las cuales siempre eran las mismas.
- b) Pláticas. La terapeuta realizaba pláticas informales con las pacientes acerca de las actividades realizadas durante el día. Por medio de esta actividad se trataba que las pacientes tuvieran comunicación entre ellas. Pero lo anterior carecía de una sistematización, por lo que no se observaron cambios satisfactorios en las conductas de -- las pacientes.
- c) Bailes. Cuando se aproximaban días festivos se ensayaban bailes con las pacientes, que por lo general siempre eran las mismas.

2.- Actividades con la maestra de costura.

- a) Bordar. La maestra, que por lo regular tenía cinco pacientes en su taller, les daba los vestidos

a las mismas para que se bordaran en éstos las iniciales de la institución.

- b) Coser en la máquina. A las pacientes que se les enseñaba a coser con la máquina, se les asignaba la tarea de coser los vestidos que la institución proporciona a las internas.
- c) Cortar. Mediante plantillas la maestra les indicaba la forma de cortar los vestidos y sacos de las pacientes.

3.- Actividades con la maestra de trabajos manuales.

- a) Adornar los escenarios. Durante el año la maestra y las pacientes, elaboraban adornos que se utilizaron para decorar la unidad recreativa ante la proximidad de festivales.
- b) Hacer adornos con material desechable. Las pacientes juntaban las cajetillas de cigarros con las que hacían flores. De igual manera hacían adornos con papel periódico y botes vacíos.

4.- Actividades de los psicólogos.

- a) Paseos. Los domingos llevaban a las pacientes a misa o a comprar en el mercado que se pone en el pueblo de Tepexpan.
- b) Desgranar el maíz. Mientras hubo mazorcas de maíz, las pacientes se pasaban las mañanas desgranando maíz, en tanto que los psicólogos anotaban el nombre de las internas que habían trabajado, después

si encontraban dicho registro les pagaban por la actividad o trabajo realizado.

G.- TRABAJOS QUE REALIZAN LAS PACIENTES.

1.- Trabajar en la cocina.

- a) Preparar la comida. En realidad su labor consistía en ayudar a los cocineros a limpiar y cortar la verdura.
- b) Lavar trastes. Después de que las pacientes terminaban sus alimentos y las charolas eran entregadas, algunas internas se encargaban de lavar los trastes.
- c) Limpieza del comedor. Había pacientes que realizaban la tarea de arreglar el comedor, hasta dejarlo completamente limpio.

2.- Trabajos de lavandería.

- a) Utilizar la lavadora. Mediante la supervisión de alguna afanadora, las pacientes colocaban la ropa dentro de la lavadora.
- b) Secar la ropa. Algunas pacientes se encargaban de colocar la ropa en el pasto para el secado de la misma. Luego acomodaban y guardaban la ropa. -- También ayudaban en la entrega para cada pabellón.

3.- Trabajo dentro del pabellón.

- a) Las pacientes del mismo pabellón realizaban el aseo de los baños, de las regaderas, de el mostrador

dor de las enfermeras, hacer camas, barrer los pasillos, etc. Por realizar estos trabajos a las pacientes se les pagaba, pero el pago por lo general se los retrasaban y por ello las pacientes dejaban de hacer el trabajo y se incorporaban a otra actividad, pero la dejaban de realizar por -- que tampoco se les pagaba.

H.- INACTIVIDAD DE LAS PACIENTES.

- 1.- Número limitado de actividades. Se observó que las actividades y trabajos que se han mencionado no son suficientes para mantener a la mayoría de las pacientes activas, por lo que en el hospital se puede ver que un 80% de ellas se la pasaban durmiendo sobre el pasto, o deambulando sin rumbo hasta que las dejaban entrar a sus pabellones para tomar el medicamento. Y como resultado de la falta de presupuesto para la creación de más talleres, los que existen resultan insuficientes para mantener en actividad a las internas.
- 2.- Poco personal para realizar actividades.
 - a) Terapistas. Las únicas que trabajan son las de -- los dos talleres que funcionan y la que realiza actividades recreativas.
 - b) Psicólogos. En el hospital hay tres psicólogos -- que trabajan en seis pabellones, por lo cual úni-

camente se trabaja en casos específicos. Lo que se pudo observar - como consecuencia de nuestra presencia en la institución - es que los psicólogos comenzaron a programar más actividades para las pacientes, e incluso se incorporó un psicólogo más al hospital.

I.- AREAS EN LA QUE NO PARTICIPAN LAS PACIENTES.

- 1.- En la granja. El hospital cuenta con algunos animales que están al cuidado de personal con experiencia en estas labores.
- 2.- En la huerta. El hospital cuenta con un gran terreno donde se siembran algunas legumbres. Este trabajo lo realizan los jardineros. De estas dos actividades, consideramos que si se contara con un entrenamiento adecuado, las pacientes tendrían la oportunidad de participar en este tipo de actividades.

J.- REINGRESO CONTINUO DE LAS PACIENTES.

Debido a que no existe un buen programa para la capacitación de los familiares, en lo que respecta al cuidado de la paciente en el hogar, ésta reingresa al hospital en condiciones muy por debajo del nivel que cuando se le dio de alta. Y otras reingresan porque, en definitiva, los familiares ya no aceptan a la paciente debido a que les crea molestias y únicamente les ocasionan problemas.

C A P I T U L O V

E S T U D I O P I L O T O

Objetivo Específico:

Demostrar empíricamente la efectividad de un paquete de técnicas de modificación de conducta en pacientes institucionalizados.

METODO

Sujeto.

En este estudio se entrenó a una sujeto de sexo femenino, de 25 años de edad, diagnosticada con retardo mental profundo, presentando además una espasticidad en el brazo y pie derecho, con un reporte médico de microcefalia. Cabe mencionar que -- lleva interna 9 años en el hospital.

Escenario y Materiales.

Este estudio se llevó a cabo en el cuarto de baño, en el de regadera y en un patio de lavaderos. Los materiales em--- pleados en el estudio fueron: jabón para baño, jabón para ropa, zacate, crema, shampoo, perfume, peine, toallas, juegos - recreativos, pelota, conchas de mar, corcholatas de refresco, lápiz y pañuelos desechables.

Las conductas que se entrenaron fueron: la de bañarse, -- peinarse y lavar la ropa en base a las observaciones genera-- les en que fueron detectadas las conductas deficientes de habilidades de autocuidado. La definición de las categorías -- conductuales se describen en el anexo 1.

Variables Dependientes.

Se tomaron como variables dependientes la ocurrencia de las respuestas correctas y en orden, hechas durante cada se--

sión, en base a la definición de las categorías conductuales.

Variables Independientes.

Se tomaron como variables independientes las instrucciones, los reforzadores y los instigadores, dados por las investigadoras.

Diseño.

Para este estudio se utilizó un diseño A B C. En donde A fue línea base, B la intervención y C la fase del desvanecimiento de las técnicas.

Procedimiento.

Se trabajó con el formato de la Presentación Total de la Tarea, la cual ha sido empleada para enseñar a incapacitados mentales a adquirir habilidades de autocuidado (Martin, England y England, 1971; Martin, Koen, Bird, Jensen y Darbyshire, 1971). En este procedimiento, el paciente ejecuta simplemente todos los pasos de la cadena desde el principio hasta el final de la tarea.

El procedimiento se dividió en tres fases experimentales que fueron de la siguiente manera:

FASE I: LINEA BASE

A la paciente se le dio la instrucción general:

" Ve a bañarte ".

A partir de ese momento se comenzaron a registrar las conductas que realizaba. El registro fue de la siguiente forma: Cada una de las conductas que comprendían la actividad de

bañarse, peinarse y lavar la ropa fueron desglosadas de tal forma que las investigadoras iban registrando la secuencia, es decir, se anotaba el número 1 a la primera conducta que emitía la paciente y así sucesivamente hasta que la interna realizaba toda la actividad; además simultáneamente se registraron si las respuestas fueron correctas (ver anexo 2) .

El criterio para pasar a la siguiente fase fue: que las últimas tres sesiones no difieran en un 10% entre sí, tomando como total a las respuestas que incluyen las tres actividades; cincuenta y nueve componentes.

FASE II: INTERVENCION.

Una vez hecha las definiciones de las actividades de bañarse, peinarse y lavar la ropa, se procedió a dividir toda la cadena de respuestas en tres tareas a ejecutar, dentro de las cuales la secuencia fue la siguiente: se daba la instrucción general y se esperaban 10", si se daba la respuesta se continuaba con el entrenamiento.

Cuando la respuesta no se presentaba, se daba la instrucción específica y se dejaban pasar 5"; si la respuesta específica era dada se continuaba con el procedimiento, en caso contrario, se repetía la instrucción específica acompañada por instigación verbal y/o física, si la respuesta era correcta se reforzaba socialmente. Al final de las tres actividades se le proporcionaba un reforzador tangible, asociado siempre con un reforzador social.

Por ejemplo: En la actividad de peinarse se dio de la siguiente forma:

Instrucción general: " Ve a peinarte "

Se esperaban 10" para que emitiera la conducta, en caso contrario se daba la siguiente instrucción.

Instrucción específica: " Ve a buscar el peine "

La respuesta correcta que debería emitir la paciente sería:

Respuesta: La paciente debe ir por el peine.

Cuando la respuesta no se presentaba o era incorrecta se repetía la instrucción.

Instrucción específica. " Ve a buscar el peine " . La cual iba acompañada por instigación.

Instigación verbal. Se le decía - " el peine ".

Instigación física. Se cogía a la paciente de la mano y se le dirigía al cajón, en donde se encontraba el peine.

Cuando se daba la respuesta, ésta fue reforzada socialmente.

Reforzador social: - " Muy bien "

Para que se tomara de manera correcta las respuestas de cada actividad, fue necesario que ocurrieran en orden y en forma adecuada. Una sesión consistió en la presentación de las tres actividades y al final de ellas se le asignó a la paciente un reforzador tangible. Así como una actividad reforzante de acuerdo a la elección de ésta.

FASE III: DESVANECIMIENTO.

El desvanecimiento fue llevado a cabo, ya que se pretendía que la paciente realizara las actividades con solo la Instrucción general, por la investigadora o por cualquier otra persona del hospital.

De acuerdo a las ejecuciones que iba realizando la paciente, se retiraban las técnicas que ya no fueron necesarias para que la conducta se presentara correctamente. El desvanecimiento de las técnicas fue llevado de la siguiente forma:

- 1.- Al principio se presentaron todas las técnicas.
- 2.- Cuando se daba la instrucción específica y la paciente respondía antes de 5", no se recurría a la instigación física.
- 3.- Cuando se presentaba la instrucción específica y la paciente respondía correctamente e inmediatamente, ya no fue necesario dar instigación verbal.
- 4.- El reforzador social se dio durante la actividad dos o tres veces. Después de cinco sesiones durante las cuales la paciente ejecutaba correctamente lo que se le indicaba, se le quitó el reforzador social durante la actividad, quedando el reforzador mencionado al final de cada actividad.
- 5.- Cuando la paciente respondió antes de 10" en los que se le dio la instrucción general, ya no fueron incluidas las instrucciones específicas, debido a que ejecutó por sí sola, toda la cadena de respuestas y

también durante la actividad, cuando la paciente ejecutó la secuencia correcta, de igual manera se retiraron las instrucciones específicas.

- 6.- El reforzamiento social que se daba al final de cada actividad se retiró, cuando la paciente ya no requirió de ningún apoyo adicional para llevar a cabo las tres actividades, quedando únicamente la instrucción general y el reforzador tangible acompañado por reforzador social.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se presentan en cuatro gráficas que son: una para el total de respuestas por sesión de las tres tareas y las otras gráficas para cada una de las tareas respectivamente.

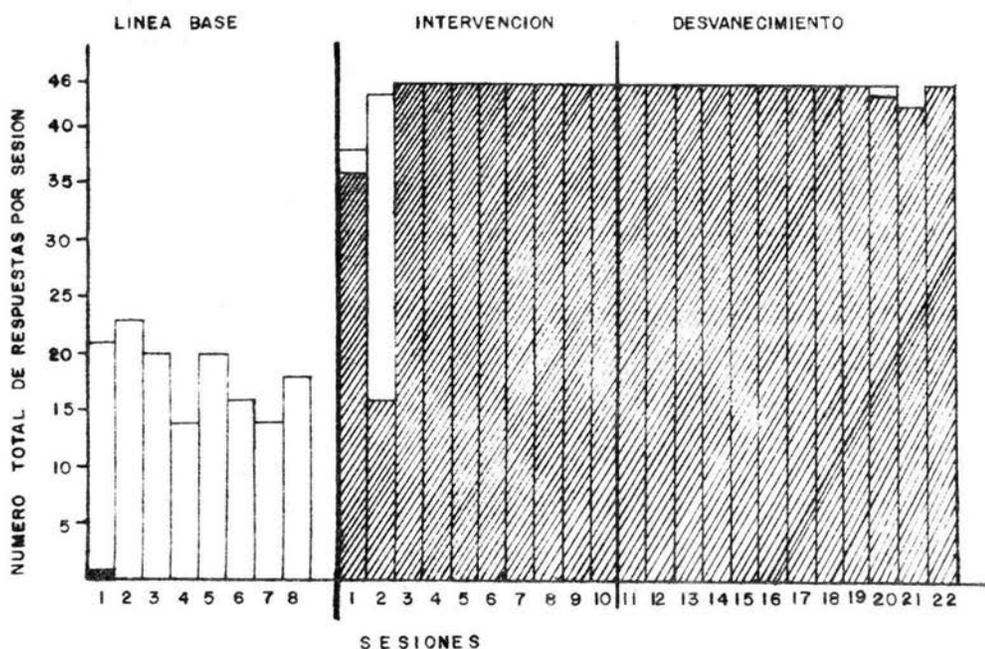
En la gráfica # 1 se observa la conducta de baño, la cual estuvo estructurada por cuarenta y cuatro componentes. Durante la línea base se puede observar que el número de respuestas correctas fluctuó entre 23 y 14.

Dichas respuestas fueron ejecutadas sin ningún orden. Sólo en la primera sesión se presentó una respuesta en orden y en forma correcta.

En la fase de intervención se observó un cambio de nivel entre las fases, con una tendencia ascendente, hasta presentar un nivel estable, con lo cual se puede afirmar que las

técnicas utilizadas son las variables que determinan dicho -- cambio. El número de respuestas correctas fluctuaron entre 38 y 44 respuestas. Las conductas correctas y en orden -- tuvieron un rango de 16 a 44 respuestas.

TAREA 1: BAÑARSE



Gráfica # 1. Número total de respuestas por tarea y respuestas en orden, hechas por sesión de la tarea 1, durante el estudio piloto de un programa de autocuidado. □ No. Total de R'S y ■ No. Total de R'S en orden.

En las dos primeras sesiones se muestra una diferencia de la respuesta hecha en orden. ésto se debió a que hubo problemas para que la paciente obtuviera los utensilios neces--

rios para el baño, como el jabón, la toalla, el zacate y el vestido, por lo que algunas de las conductas señaladas en la tarea no fueron presentadas o se presentaron sin orden.

Otro de los obstáculos que contribuyen a que el sujeto tuviera esta ejecución fue: el mantener las llaves del agua abiertas durante la sesión de la tarea, por lo que se optó -- que mientras se enjabonaba el sujeto, se cerraran las llaves.

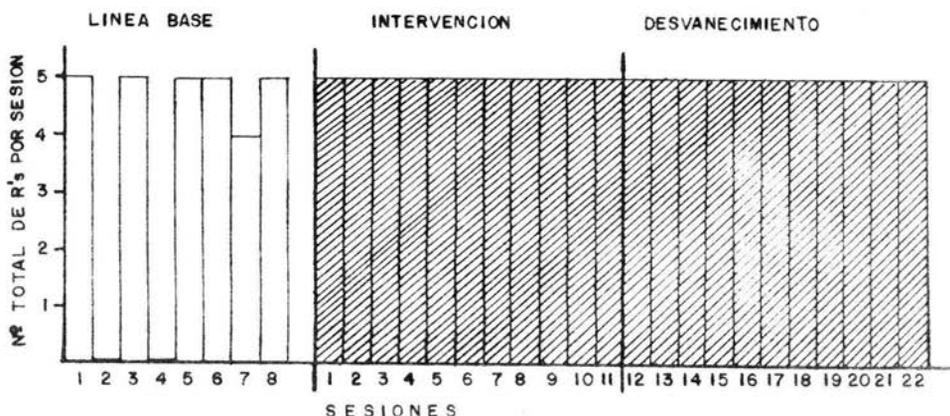
En general, en el transcurso de las sesiones llevadas a cabo en esta fase, hubo poca variabilidad en el número de respuestas, a pesar de que ocurrió el desvanecimiento.

En las últimas sesiones (20 y 21) se notó un ligero decremento de las respuestas, ésto se debió a que se cerró la puerta del cubículo de la regadera y la no presencia de las investigadoras en cierta forma influyó para que, así el sujeto pudiera ejecutar sus respuestas en forma correcta y en orden, pero no hubo mayor problema, ya que esto no afectó el criterio de estabilidad.

Con respecto a la tarea de peinarse, hubo poca variabilidad en la fase de línea base, ya que el sujeto respondía sin orden, aunque todas las respuestas que se presentaban fueron hechas en forma correcta oscilando entre 0 y 5 respuestas. En la intervención se observó nuevamente un cambio de nivel de una fase a otra, el número de las respuestas correctas y en orden incrementaron a los cinco componentes que tenía la tarea y aunque se llevó a cabo el desvanecimiento de las técnicas, en las tres últimas sesiones no hubo ningún decremento.

Esto puede ser observado en la gráfica # 2.

TAREA II: PEINARSE.



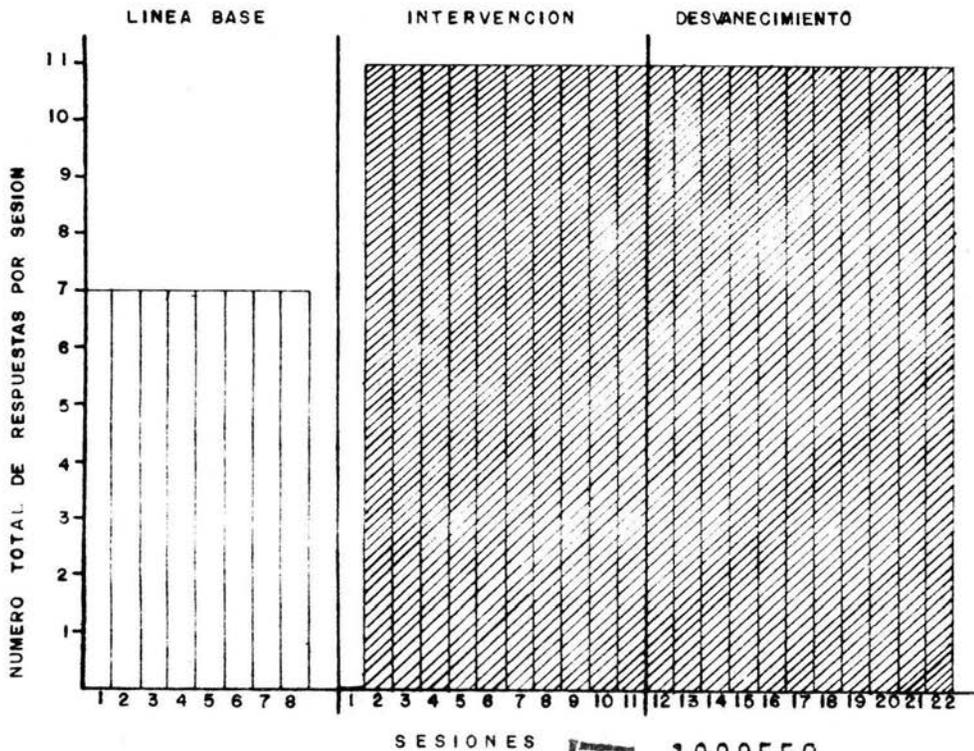
Gráfica # 2. Número total de respuestas por tarea y respuestas en orden hechas por sesión de la tarea II durante el estudio piloto de un programa de autocuidado. □ No. Total de R'S y ■ No. total de R'S en orden.

En la tarea de lavar la ropa se muestra una línea base estable con 7 respuestas correctas. Durante toda la sesión igualmente se observó que ninguna de las respuestas de la cadena fue hecha en orden. En la primera sesión de la fase de intervención, no se presentan datos, ya que el día en que se efectuó la primera sesión no hubo agua en el pabellón cinco. En tanto que en la segunda sesión el sujeto alcanzó las 11 respuestas correctas y hechas en orden, además de que se observa una estabilidad en la fase de intervención (ver la gráfica # 3).



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

TAREA III: LÁVAR LA ROPA



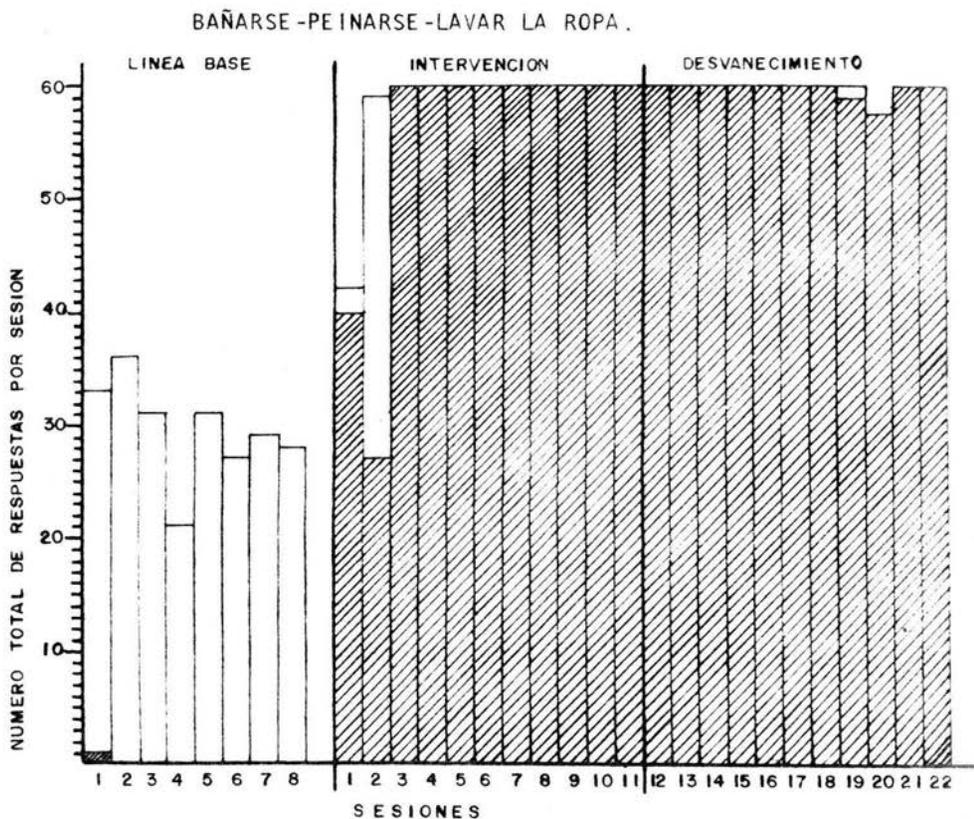
IZT. 1000559

Gráfica # 3. Número total de las respuestas de la tarea III

En la gráfica # 4. en la que se reunieron las tres tareas haciendo un total de 59 componentes, se observó: en la fase de L.B. hubo una variabilidad de respuestas, las cuales fluctuaron entre 36 y 21 Rs correctas. En la fase de intervención se notó que en la primera y segunda sesión hubo un decremento de las Rs correctas y en orden. Esto se debió a pequeñas variables que no pudieron ser controladas por los investigadores como por ejemplo: falta de material, y el cerrar



las llaves del agua cuando la paciente se enjabonaba. Las R's correctas y en orden fluctuaron entre 42 y 59. En las sesiones 20 y 21 se observó un ligero descenso de las Rs C, originado por la falta de contacto hecho entre las investigadoras y la paciente, no obstante, este decremento no afectó al criterio que se había establecido.



DISCUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, podemos concluir que no tan sólo es necesario planear lo mejor posible la secuencia de una serie de técnicas dentro de un paquete, sino que también es necesario detectar aquellas posibles variables que puedan influir en la ejecución de la paciente al estarse probando, ya que es de vital importancia tomar en cuenta estos aspectos para que el paquete de técnicas al ser realizado por otra persona sea aplicado en forma correcta. De lo anterior se deriva lo siguiente: contar con los materiales necesarios para realizar las conductas de autocuidado, ya se han proporcionadas por la institución o contar con un banco de los materiales necesarios formado por -- las investigadoras.

Durante la ejecución de la conducta de baño, el hecho de tener la regadera abierta impedía que la paciente continuará realizando la cadena de respuestas, misma circunstancia impedía a las investigadoras dar las instrucciones necesarias. Para llevar a cabo lo planeado se sugirió cerrar -- las llaves durante el proceso de enjabonamiento.

Durante el estudio existió una dependencia de la paciente con las investigadoras, por lo que se decidió realizar el desvanecimiento de la presencia de éstas, permaneciendo lo más alejadas que fuera de la paciente, aunque la relación no se desvaneció del todo.

Ya que en el estudio experimental se tenía planeado re-

gistrar tanto a la paciente-sujeto como a la paciente-monitor fue necesario simplificar los registros obtenidos del Estudio Piloto, además de elaborar un Inventario para la Selección -- del Monitor y un registro para ésta última. Por otra parte - para realizar lo anterior fue necesario hacer un análisis de las conductas que las investigadoras realizaron con la paciente-sujeto de este estudio, con ello se obtuvo una estrategia de entrenamiento para la monitor, ya que debería realizar las funciones que eran hechas por las investigadoras en cuanto al entrenamiento. El material surgido de este trabajo se encuentra detallado en los anexos.

El Estudio Experimental siguiente está basado en el paquete de técnicas empleadas en este estudio con las modificaciones antes mencionadas.

El procedimiento de la Presentación Total de la Tarea, - empleado en este estudio, demostró ser efectivo ya que la paciente aprendió rápidamente las actividades de autocuidado y - por otra parte las formas de registro, graficación, tipo de - instrucciones, instigadores y el desvanecimiento de éstos, -- probaron ser efectivos para poder entrenar a una paciente institucionalizada en hospitales psiquiátricos.

Tras haber realizado este estudio se continuó observando a la paciente esporádicamente y se confirmó que la conducta - se mantuvo en forma ordenada. A la paciente se le dejó bajo custodia de otra paciente del mismo pabellón, la cual continua proporcionando las instrucciones generales. Por lo que -

se observó que la paciente continuaba realizando las conductas que le fueron entrenadas.

Por otra parte, cabe aclarar que en algunas conductas de autocuidado no es necesario que la paciente que las ejecute lleve un orden estricto, ya que el resultado no es alterado. Con sólo marcar en el registro la ocurrencia de la respuesta, es suficiente, apoyándose en la definición de cada uno de los componentes de la tarea. En otras conductas de autocuidado sí es necesario llevar un orden, porque de lo contrario el resultado es incorrecto, como pueden ser las conductas de hacer la cama, lavar la ropa, lavarse los dientes, etc.

C A P I T U L O V I

E S T U D I O E X P E R I M E N T A L .

Después de haber realizado las correcciones necesarias - al paquete de técnicas y registros utilizados en el estudio - piloto, en el presente capítulo se describe como se llevó a cabo el estudio experimental para esta investigación.

El estudio experimental se estructura de la siguiente manera:

- A.- ENTRENAMIENTO DE LAS MONITORES.
- B.- INTERVENCION DEL MONITOR CON LAS PACIENTES-SUJETOS.
- C.- GENERALIZACION.

METODO

Se construyó un " Inventario para la Selección del Monitor ", el cual se elaboró con el fin de observar si las pacientes poseían las características necesarias como base para su entrenamiento (se evaluaba la secuencia de las conductas a entrenar, reportadas en forma verbal, discriminación de las respuestas correctas e incorrecta del sujeto). A las pacientes identificadas en el período de observación - como posibles monitores - se les aplicó dicho inventario, se seleccionaron a las pacientes que alcanzaron el 60% como criterio mínimo aceptable.

Este inventario no pudo validarse dadas las condiciones en que había de llevarse a cabo el estudio en el hospital, además de que su validez llevaría más tiempo de comprobación (ver anexo 4).

La selección de las ocho pacientes-sujetos se hizo en ba

se a la " Evaluación de Repertorios Básicos " . Esto se hizo con el fin de hacer más funcional el trabajo de las monitores para las sujetos. El criterio mínimo aceptable es de 80% --- (ver anexo 5).

Características de los sujetos.

Pacientes-monitores: Se seleccionaron a dos pacientes.

A. - Mujer de 22 años, con un diagnóstico clínico de Sin
drome Cerebral orgánico.

B.- Mujer de 48 años, con epilepsia general.

Pacientes-sujetos.

GRUPO A

a₁.- Mujer de 39 años, probable esquizofrenia.

a₂.- Mujer de 35 años, retardo mental severo.

a₃.- Mujer de 64 años, esquizofrenia catatónica.

a₄.- Mujer de 31 años, reacción esquizofrenica

GRUPO B

b₁.- Mujer de 35 años, con esquizofrenia hebefrénica.

b₂.- Mujer de 76 años, con psicosis asociada a cuadro ce
rebral.

b₃.- Mujer de 51 años, con excitación reactiva.

b₄.- Mujer de 44 años, con retardo mental moderado.

Escenario y Materiales.

Escenario para monitor: Un cubículo del pabellón # 5.

Materiales para monitor: Hojas de registro, el " Inventa
rio para la Selección del Monitor ", lápiz, reforzadores.

Escenario para sujetos: Un cuarto de baño, un cuarto de

regadera.

Materiales para sujetos: Hojas de registro para los sujetos, lápiz, reforzadores, jabón, zacate, ropa limpia, escoba, trapeador, recogedor, sacudidor.

Variable Dependiente.

Para monitor: La ocurrencia de las respuestas dadas durante su entrenamiento y su intervención para con los sujetos.

Para sujetos: La ocurrencia de las respuestas dadas durante la ejecución de la actividad.

Variable Independiente.

Para monitor: Modelamiento, juego de roles, instrucciones, instigadores, reforzadores, retroalimentación, y el desvanecimiento de las técnicas.

Para sujeto: Instrucciones, reforzadores, instigadores y el desvanecimiento de las técnicas.

Diseño.

Se utilizó un diseño de L.B. múltiple entre sujetos.

Procedimiento.

Período de ambientación. En este período se evaluaron las conductas colaterales (sociales) siguientes: juego paralelo, retraimiento, interacción verbal, agresión y retiro de la situación (ver anexo 6). Este período se realizó en forma conjunta entre la monitor de cada grupo y sus sujetos durante tres días. Se llevó a cabo un registro de " Plack Check " de las categorías antes mencionadas, cuya duración fue de 15' en intervalos de 30" ,(ver registro, anexo 6). Este

período de ambientación se realizó - con el fin de observar - la relación entre los monitores y sus respectivas pacientes-- antes y después de ser realizado el entrenamiento.

Definición de conductas para monitor.

- 1.- Dar instrucciones adecuadas. Debe existir una corrección de la conducta verbal del monitor con la conducta motora de la paciente a ser entrenada.
- 2.- Dar instigación física y/o verbal. La instigación física es todo aquel movimiento realizado por el monitor para que el sujeto realice la conducta. La instigación verbal es cualquier indicación o palabra, que no sea ninguna instrucción específica, la cual ayuda a la paciente para que ésta ejecute la respuesta correcta.
- 3.- Reforzar. La monitor refuerza a la paciente por las conductas que da adecuadamente, a su vez da un reforzador social por cada una de las respuestas correctas en cada actividad. Así mismo otorga, al final de las tres actividades realizadas por la paciente--sujeto, un reforzador tangible.
- 4.- Desvanecimiento. Conforme la paciente vaya ejecutando las respuestas correctas, la monitor va retirando las técnicas que no se requieran, hasta dejar únicamente la instrucción general. Se toma como respuesta correcta de la monitor cuando ésta no proporciona a la paciente-sujeto las técnicas que ya no necesitó

(ver anexo 3 y consultar el estudio piloto donde se mencionaron los criterios del desvanecimiento).

A.- ENTRENAMIENTO DE LAS MONITORES.

FASE DE LINEA BASE.

Las investigadoras giraron instrucciones a la monitor, - para que ésta indicara a una paciente la realización de alguna de las actividades de autocuidado. Se evaluó la ocurrencia de las conductas que fueron emitidas por la monitor durante esta actividad, (ver hoja de registro en el anexo 7). - El criterio de cambio requerido fue: pasar a la siguiente fase cuando la ejecución de la conducta de la monitor no difiera más del 10% de una sesión a otra y que esta ejecución se mantenga constante en tres sesiones consecutivas.

FASE DE ENTRENAMIENTO AL MONITOR.

A partir de esta fase, a las pacientes-sujetos con las que trabajó la monitor A, se les empezó a registrar su línea base, en tanto que la monitor B continuó en línea base.

Para esta fase se dieron tres posibles formas de comportamiento de las sujetos hacia las monitores, como son: agresividad, indiferencia y pasividad (ver anexo 8).

Durante esta fase se le enseñó a la monitor a utilizar - el paquete de técnicas a través del modelamiento y juego de roles. Técnicas empleadas en el Estudio Piloto con sus modificaciones correspondientes como sigue:

Instrucciones.

Durante el entrenamiento de la monitor, se le enseñó que al dar una instrucción a la paciente-sujeto, se debería tener un contacto visual con la paciente, y que el tono de voz de la monitor debería ser lo suficiente audible con palabras tan claras, al grado de que la sujeto pudiera entender y responder correctamente.

En el mismo entrenamiento, fue necesario que la monitor manejara la secuencia de las instrucciones generales y específicas de cada actividad, para así poder indicárselas en forma correcta a las pacientes-sujetos.

Instigación.

Se hizo saber a la monitor que al emitir ella una instrucción específica a la paciente, y ésta no respondiera, la monitor debería repetir la instrucción, y posteriormente ayudaría en la obtención de la respuesta adecuada. Esta ayuda sería física, acompañada de alguna palabra que indicara a la paciente cómo había realizado la conducta.

Reforzamiento.

Si la paciente ejecutaba en forma correcta, la actividad señalada por la monitor, ésta podría premiar a la sujeto-paciente.

Los premios fueron palabras agradables, dulces, cigarrillos y refrescos.

El entrenamiento de la monitor se realizó de la siguiente forma:

JUEGO DE ROLES.

Para llevar a cabo el paquete de técnicas antes mencionadas las investigadoras deberían mostrar a las monitores lo -- que se pretendía hacer. Para ello se utilizó el Juego de roles. Una sesión consistió de los siguientes pasos:

1.- Modelamiento.

- a) Se le explicó a la monitor los papeles que tendrían las investigadoras en cada una de las sesiones que conformarían el entrenamiento. La investigadora A realizó el papel de la monitor y la investigadora B actuó una de las actitudes de las pacientes: agresiva, pasiva, indiferente.
- b) La monitor imaginaria la situación de acuerdo a la actividad que se iba a realizar.
- c) La monitor imaginaria la forma de comportarse (actitud) de alguna de las pacientes.
- d) Instrucciones. Se le proporcionaron a la monitor en forma clara y precisa, por ejemplo.
- " Fíjate bien en lo que vamos a hacer. Pon mucha atención para que tú después lo hagas. Te vamos a mostrar cómo debes actuar cuando trabajes con alguna paciente-sujeto que se comporte de la siguiente forma".
- e) Modelamiento de la actividad por las investigadoras. La investigadora A (IA) dió la instrucción general a la investigadora B (IB).

- " Ve a peinarte " -

IB actuó una de las posibles actitudes de las pacientes (pasiva).

Respuesta: IB se dirigió al cajón de los peines.

IA refuerza socialmente.

- " Muy Bien " -

Si IB se quedaba en ese lugar por más de 5", IA daba la primera instrucción específica.

- " Dirígete al baño " -

Si después de dar la instrucción específica, pasaban 5" sin presentarse la respuesta por parte de IB, IA repetía la instrucción con instigación física y verbal. Cogía a IB del brazo dirigiéndola al cuarto del baño y diciéndole:

- " Al baño " -

IA refuerza socialmente:

- " Así se hace, muy bien " -

IA daba la siguiente instrucción específica.

- " Ponte frente al espejo " -

Respuesta: IB estaba frente al espejo.

IA reforzaba socialmente.

- " Muy bien " -

IA daba la siguiente instrucción específica.

- " Acomodate el cabello como acostumbras hacer " -

Respuesta: IB no respondía correctamente.

IA repetía la instrucción específica e instigaba

a IB tomandola de la mano, en la que tenía el peine y le acomodaba el cabello como debía ser, diciendole.

- " Así debes peinarlo " -

IA refuerza socialmente.

- " Muy bien " -

IA da la instrucción a IB.

- " Ve a dejar el peine en su lugar " -

Respuesta: IB dejaba el peine en su lugar.

IA refuerza socialmente.

- " Que bonita te ves peinada " -

De esta forma concluía el modelamiento realizado por las investigadoras, posteriormente se cambiaron los papeles, en donde la paciente monitor participaba.

2.- Cambio de roles.

Se siguió la misma secuencia que en el paso anterior, sólo que el rol que desempeñó la investigadora A fue ocupado por la paciente monitor. La investigadora B continuó actuando como paciente sujeto con la misma actitud modelada. La investigadora A retroalimentaba a la paciente monitor de acuerdo a la ejecución - que la última tenía con respecto a lo anteriormente modelado.

En esta sesión se debería modelar las tres conductas de autocuidado, con las tres actitudes de las pacientes sujetos.

Entre cada conducta hubo un intervalo de 5', tiempo en el

que se pidió a la paciente-monitor que realizara alguna actividad diferente a la de su entrenamiento. El intervalo se -- consideró con el fin de no fatigar a la paciente-monitor du-- rante la sesión de entrenamiento.

El diseño de línea base múltiple para las monitores se -- sujetó en base al esquema # 1.

LINEA BASE MONITOR A	ENTRENAMIENTO	
LINEA BASE MONITOR B.		ENTRENAMIENTO

Esquema # 1. Como se puede observar, las fases de línea base y -- entrenamiento de la monitor A, equivalen a la -- línea base de la monitor B, la cual posteriormen -- te recibió su entrenamiento.

El criterio para que la monitor pase a entrenar a sus pa -- cientes, fue el de alcanzar un 80% durante la ejecución en -- cinco sesiones consecutivas, promedio que era considerado es -- table. Así cuando se cumplió el criterio requerido para la -- monitor A, se inició el entrenamiento con la monitor B. (ver -- esquema # 1).

Este entrenamiento fue similar al que se le impartió a -- la monitor A, además de que se comenzó a tomar la línea base -- de los sujetos del Grupo B.

B.- INTERVENCION DEL MONITOR CON LAS PACIENTES-SUJETOS.

FASE LINEA BASE

Durante esta fase las investigadoras dieron la instrucción general a la paciente-sujeto, para que realizara las actividades que le correspondían a su grupo.

Para el Grupo A, las actividades entrenadas fueron: bañarse, lavarse los dientes y cortarse la uñas.

Para el Grupo B, las actividades entrenadas fueron: lavarse los dientes, hacer la cama y cortarse la uñas.

FASE INTERVENCION DEL MONITOR CON SUS SUJETOS.

De acuerdo al entrenamiento que recibieron las monitores, comenzaron a trabajar con sus pacientes-sujetos, basándose en la secuencia de cada una de las conductas a entrenar y administrando el paquete de técnicas que deberían aplicar.

Al concluir la sesión, las investigadoras tenían preparados los posibles reforzadores que las pacientes-monitores deberían proporcionar a las pacientes-sujetos por su ejecución. También las monitores - por su labor realizada - recibían sus respectivos reforzadores tangibles.

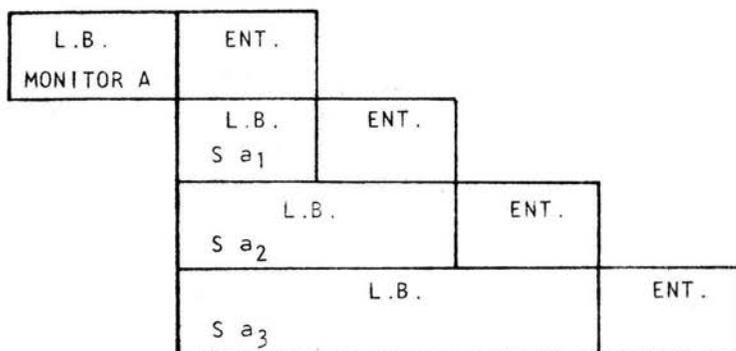
Cabe mencionar que en la sesión se dio una retroalimentación a las participantes. (para mayor detalle ver anexo 9).

La definición de actividades, objetivos, instrucciones y registros de las conductas de las pacientes se encuentran en el anexo 10.

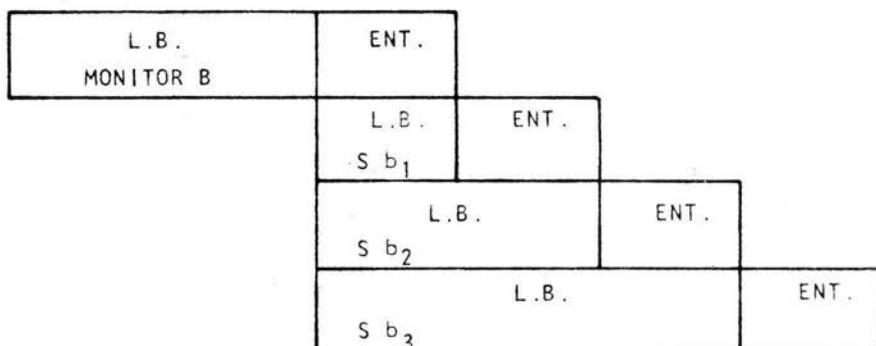
La forma en la cual se llevó a cabo el entrenamiento de

las pacientes-monitores con las pacientes-sujetos se representa con el siguiente esquema = 2

GRUPO A



GRUPO B



Esquema = 2. Muestra la forma en la cual fue llevado a cabo el entrenamiento de las monitores. Además de su intervención con sus pacientes-sujetos.

La monitor A comenzó a trabajar con la primer paciente--

sujeto de su grupo y al mismo tiempo se continuó con la línea base de sus dos pacientes-sujetos restantes.

La retroalimentación se dio en cada sesión que la paciente-monitor sostuvo con sus sujetos. Por ello a ésta se le indicaba que los instigadores (o ayuda), reforzadores (o premios) e instrucciones se fueran desvaneciendo conforme la paciente a_1 no requiriera de ellos para realizar las actividades.

Para realizar dicho desvanecimiento se siguió la tabla de desvanecimiento del anexo 3 (para mayor información consultar el estudio piloto).

Las investigadoras seguían registrando la conducta de las pacientes y cada tercer día se obtenía la confiabilidad. Durante una sesión de entrenamiento, cada investigadora se dedicaba a registrar, a la paciente-monitor y a las pacientes-sujetos 1, 2, 3, de un grupo.

Al obtener la confiabilidad, la investigadora se ponía de acuerdo para realizar los registros correspondientes a la programación.

Los criterios para considerar estable la ejecución en las conductas de las pacientes-sujetos fueron: que en tres sesiones consecutivas la paciente-sujeto tuviera un 80% de respuestas correctas. Al alcanzarse este promedio, la monitor pasaría a entrenar a la paciente-sujeto a_2 y así sucesivamente. Todos los criterios especificados en el grupo A fueron aplicados al grupo B.

Los registros que fueron utilizados son: Registro para la monitor y registro de la ocurrencia de las actividades para las pacientes-sujetos (ver anexo 7 y 10).

C.- GENERALIZACION

En esta fase cada monitor tuvo a su cargo una paciente-sujeto, a la que se le enseñaron las actividades de mantenimiento como son: Barrer, sacudir y hacer las camas. Durante esta fase se pretendía observar lo que sucedía cuando una monitor no había sido entrenada para realizar estas conductas y lo que ocurría cuando una monitor era entrenada en una conducta específica de mantenimiento como por ejemplo: La actividad de hacer las camas, además esta fase permitía estudiar el manejo que hacían las pacientes-monitores del paquete de técnicas en el que habían sido entrenadas.

Los registros que se utilizaron fueron: El registro para la monitor y el registro de las conductas de mantenimiento para la paciente-sujeto. (los objetivos, instrucciones, definiciones y registros se encuentran en el anexo 11).

Cuando las monitores terminaron de entrenar a sus pacientes-sujetos, se les volvió a introducir un período en el que se midieron las conductas colaterales mencionadas en el período de entrenamiento, utilizando los mismos registros de Plack Check en tres sesiones.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio experimental se presentan en dos modalidades: a) En base al porcentaje de respuestas correctas por sesión, que tuvieron las monitores durante las fases de línea base, entrenamiento e intervención del monitor con las pacientes-sujetos. b) El porcentaje de respuestas por sesión, que presentaron las sujetos de ambas monitores, durante las fases de línea base y entrenamiento.

A.- MONITORES.

Durante la línea base, las dos monitores obtuvieron un porcentaje de respuestas correctas que osciló entre el 13% y el 20% con una $\bar{X} = 18.33\%$ para la monitor A y del 7% al 14% con una $\bar{X} = 10.27\%$ para la monitor B. Cabe mencionar que en las dos monitores hubo una tendencia estable.

En la gráfica correspondiente a estos datos (ver gráfica # 1), se puede apreciar que el número de sesiones para cada monitor difiere, siendo 9 para la monitor A y 22 para la monitor B. Dadas las características de una línea base múltiple entre sujetos, las sesiones realizadas por la monitor B son el control para la monitor A.

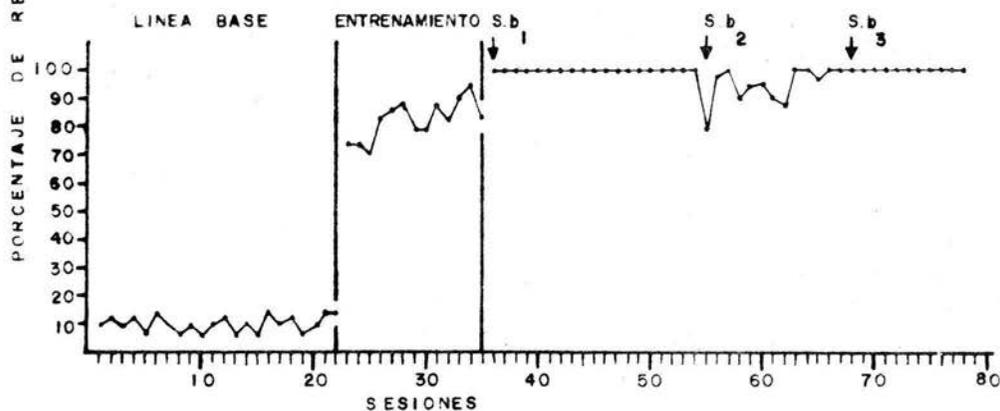
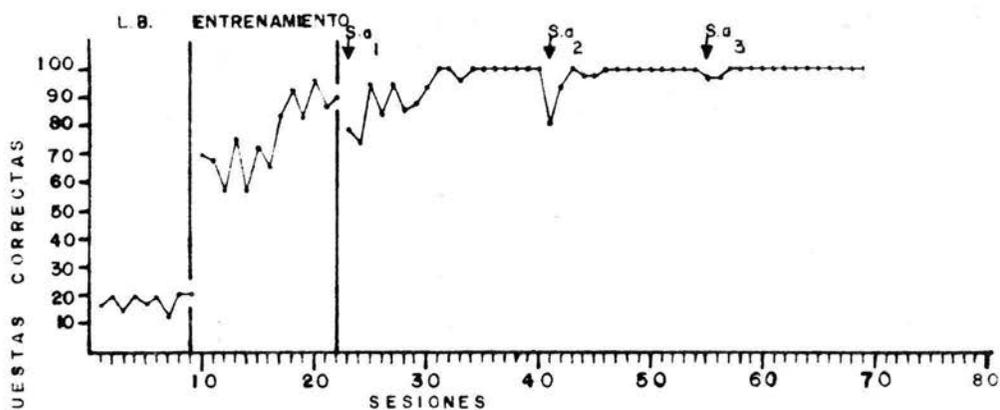
Cuando se paso al entrenamiento de las monitores se observó una tendencia ascendente, aunque existía más variabilidad en la monitor A que en la B, esto originado por las características del paquete utilizado en el entrenamiento de la monitor A. Los porcentajes de respuestas presentados en la fa-

se, fluctuaron entre 57% y 94% con una $\bar{X} = 82.53\%$ para la monitor A y del 71% al 95% con una $\bar{X} = 82.53\%$ para la monitor B; se realizaron 12 sesiones de entrenamiento para la monitor A y 13 para la monitor B. De acuerdo a los datos antes mencionados se nota que existe una similitud entre los promedios de ambas monitores. Además se puede observar que en el cambio de condición (línea base a entrenamiento), hay un efecto notorio en donde el porcentaje de respuestas aumentó considerablemente en las dos monitores.

En relación a lo anterior se confirma que el paquete de técnicas de modificación de conducta, empleado en el entrenamiento a las monitores, es efectivo y que la diferencia de la fase de línea base al entrenamiento es muy relevante.

En lo que respecta a la fase de intervención de la monitor con las pacientes-sujetos (IMS), cuando la monitor A pasó a entrenar a la sujeto a_1 , la primera presentó una tendencia ascendente, con cierta variabilidad, mostrando al final un nivel constante en el 100% de respuestas correctas. A diferencia de la monitor B, la cual presenta un porcentaje de respuestas estable, siendo este el 100%.

En lo que respecta a la monitor A, el hecho de haber disminuído su porcentaje, se debe al cambio de condición (entre entrenamiento a IMS), ya que en las últimas sesiones de su entrenamiento se le hizo hincapié en que debería desvanecer el paquete de técnicas del paciente-sujeto.



Gráfica # 1. Muestra la línea base y entrenamiento realizado para las dos monitores, además de su intervención con las pacientes sujeto en conductas de autocuidado, al aplicar el paquete de técnicas el cual fue entrenado.

Cabe aclarar que cuando se observó el decremento del porcentaje de respuestas en la monitor A (sesión 24), se le hizo un pequeño recordatorio de aplicar todo el paquete de técnicas a su paciente-sujeto; y a la monitor B se le mencionó - el mismo recordatorio, pero antes de que comenzara con su primer sujeto b_1 , de esta forma se observó un alto porcentaje de respuestas correctas que se mantuvo en un 100%. El porcentaje de respuestas correctas de la monitor A fluctuó entre 75% al 100% con una $\bar{X} = 94\%$ y la monitor B con un 100% constante. Una diferencia entre la monitor A y la B es que para la primera se llevaron 18 sesiones y para la segunda 24 sesiones.

Cuando las dos monitores pasaron a entrenar respectivamente a su segundo sujeto, - la monitor A con sujeto a_2 y monitor B con el sujeto b_2 - , se observó lo siguiente: en ambas se notó un ligero decremento del 81% (sesión 45).

A la monitor B se le volvió a insistir con un recordatorio, en el que se le daba todo el paquete de técnicas, al empezar a entrenar a otra sujeto. Otra de las diferencias encontradas en esta fase entre la monitor A y la monitor B, fue la marcada variabilidad que presentaba la monitor B durante su intervención. Esta variabilidad fue originada por la falta de fármacos en la monitor B, y en parte también a la actitud (indiferente) de la sujeto b_2 , que al faltarle los fármacos, requirió de una mayor intervención por parte de su monitor.

El porcentaje obtenido en la IMS de las monitores fue: -

monitor A; del 81% al 100% con una $\bar{X} = 97.92\%$ en 14 sesiones.
 monitor B: del 79% al 100% con una $\bar{X} = 93.92\%$ en 13 sesiones.

Cuando las monitores pasaron a entrenar respectivamente a su tercer sujeto - monitor A sujeto a_3 y monitor B con su sujeto b_3 - se observó que en las sesiones 55 y 56, hubo un ligero decremento en la monitor A con un porcentaje del 98% - al 100% y una $\bar{X} = 99.73\%$ a diferencia de la monitor B que obtuvo un 100% en todas las sesiones.

El número de sesiones para cada monitor también difirió. La monitor A tuvo un total de 15, mientras monitor B tuvo 11. Esto debido a las condiciones de las pacientes sujetos a_3 y b_3 , condiciones que permitieron trabajar sólo en dos conductas.

MONITORES

	MONITOR A			MONITOR B		
	RANGO	\bar{X}	S	RANGO	\bar{X}	S
L.B.	13-20 %	18.33 %	9	7-14 %	10.27 %	22
ENT.	57-94 %	82.75 %	12	71-95 %	82.53 %	13
IMS ₁	75-100%	94 %	18	100 %		19
IMS ₂	81-100%	97.92 %	14	79-100%	93.92 %	13
IMS ₃	98-100%	99.77 %	15	100 %		11

Tabla # 1. Porcentaje y número de sesiones obtenidas en cada una de las fases realizadas por las monitores.

El número de sesiones que cada monitor utilizó en el entrenamiento a sus sujetos se puede apreciar en la tabla # 1.

En la misma tabla, también se puede observar el número de sesiones que se utilizaron para cada monitor, en cada una de las fases.

B.- SUJETOS

Para poder realizar un análisis más detallado y relevante, éste se hizo en dos formas: La primera, en base a la comparación de los porcentajes de respuestas, número de sesiones por actividad de cada uno de los sujetos en grupos separados, tanto en la fase de entrenamiento como en la de línea base. - La segunda, es la comparación general de los resultados en forma grupal entre los sujetos del Grupo A comparados con los sujetos del Grupo B.

C.- COMPARACION DE CADA GRUPO

GRUPO A

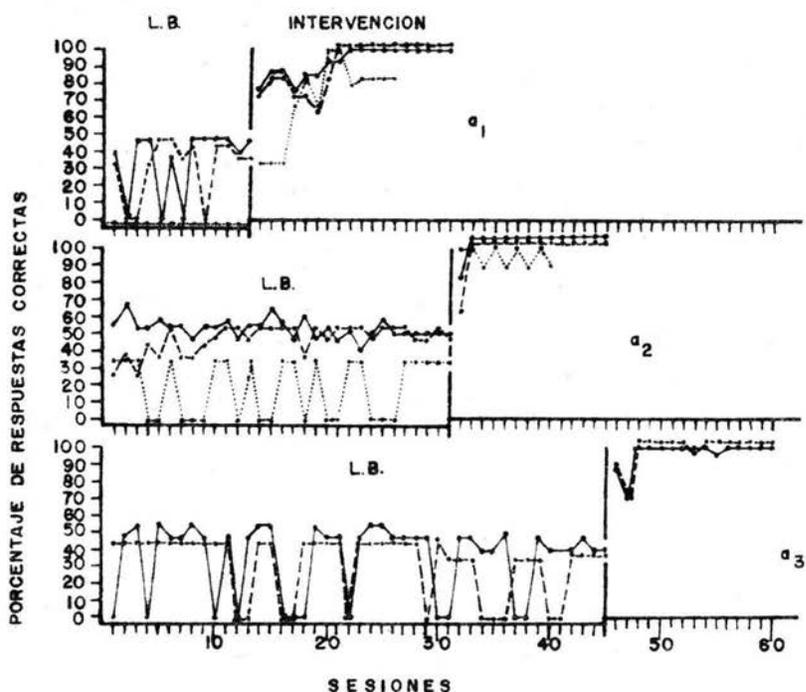
En la gráfica # 2 se muestran los porcentajes de respuestas de las pacientes-sujetos, que fueron hechas por sesión en las tres actividades.

En la actividad de bañarse - durante la línea base - los porcentajes de respuestas de las pacientes-sujetos oscilaron entre:

Paciente-sujeto a_1 : 0% y 46% con una $\bar{X} = 34\%$.

Paciente-sujeto a_2 : 36% y 66% con una $\bar{X} = 50.38\%$.

Paciente-sujeto a_3 : 0% y 56% con una $\bar{X} = 35.48\%$.



Gráfica # 2. Porcentaje de respuestas correctas de las tres - pacientes-sujetos en las actividades de bañarse —, lavarse los dientes — — — y cortarse las uñas

Se observaron que los porcentajes obtenidos por las tres sujetos no se encuentran en un nivel muy bajo, a excepción de la sujeto a₂ que presenta una $\bar{X} = 50.38\%$, lo cual indica que la actividad para ella, se presentaba en un nivel mayor con respecto a las pacientes-sujetos.

Las sesiones de la paciente-sujeto a₃ - comprendidas entre la 32 y 45 - se tomaron como control para la paciente-su

jeto a_2 y las sesiones de la paciente-sujeto a_2 - que se encuentran entre la 14 y 31 - sirvieron como control para la conducta de la paciente-sujeto a_1 .

En la actividad de lavarse los dientes, los porcentajes de respuestas que se obtuvieron en las tres pacientes-sujetos fueron: sujeto a_1 : 0% y 46% con una $\bar{X} = 29.69\%$.

sujeto a_2 : 26% y 53% con una $\bar{X} = 45.87\%$.

sujeto a_3 : 0% y 53% con una $\bar{X} = 32.71\%$.

Se hace notar que la sujeto a_2 tiene un porcentaje mayor que las otras dos sujetos.

En la conducta de cortarse las uñas, los porcentajes de conductas de las pacientes-sujetos durante la línea base fueron: sujeto a_1 : 0% ; sujeto a_2 : 0% a 33% con una $\bar{X} = 15.88\%$, sujeto a_3 : no se reportan datos en esta conducta.

Cuando se pasó al entrenamiento de las sujetos en la conducta de baño, se observó que en el cambio de condición de la línea base a dicho entrenamiento, hubo un efecto relevante y notorio, en donde el porcentaje de respuestas aumentó considerablemente en las tres pacientes-sujetos. El porcentaje obtenido en esta fase fue: sujeto a_1 : 76% al 100% con una $\bar{X} = 92.88\%$, sujeto a_2 : 83% al 100% con una $\bar{X} = 98.69\%$, sujeto a_3 : 70% al 100% con una $\bar{X} = 97.06\%$.

Se hace notar que la paciente-sujeto a_2 tuvo un porcentaje mayor con respecto a las otras dos sujetos, requiriendo de menos sesiones para su entrenamiento.

En la conducta de lavarse los dientes, al efectuarse el

cambio de condición de línea base al entrenamiento, se dio un incremento considerable en el porcentaje de respuestas de las tres sujetos. El porcentaje de respuestas obtenido durante esta fase fue: Sujeto a_1 : 66% al 100% con una $\bar{X} = 90.77\%$, sujeto a_2 : 63% al 100% con una $\bar{X} = 97.15\%$, sujeto a_3 : 73% al 100% con una $\bar{X} = 97.06\%$. Durante esta fase la diferencia entre las sujetos a_2 y la sujeto a_3 , no fue muy notoria en promedio (ver tabla # 2).

En lo referente a la actividad de cortarse las uñas, el porcentaje de respuestas que obtuvieron las sujetos fue: sujeto a_1 : 33% al 100% con una $\bar{X} = 71.23\%$. Sujeto a_2 : 86% al 100% con una $\bar{X} = 99\%$.

Como se puede observar, la media obtenida por la sujeto a_1 es menor a la que obtuvo la sujeto a_2 . Esta media del 71.23% no afectó el criterio de estabilidad que fue del 80% - o más - en las tres últimas sesiones, inclusive las últimas 5 sesiones, la sujeto a_1 obtuvo siempre un porcentaje mayor del 80% con una estabilidad en el 83%.

Un dato que es importante señalar es el que en las tres últimas sesiones del entrenamiento de la sujeto a_2 , el porcentaje de respuestas fue de 33%, por lo que se requirió de una mayor atención por parte de la monitor B, debido a la topografía de las respuestas incluidas en la cadena que corresponde a la actividad.

GRUPO A

		SUJETO a ₁			SUJETO a ₂			SUJETO a ₃		
	B.	0 - 46 %	34 %	13	36-66 %	50.38 %	31	0 - 56 %	35.48 %	45
L.B.	L.D.	0 - 46 %	29.69 %	13	33-53 %	47.87 %	31	0 - 53 %	32.71 %	45
	C.U.	0 %	-	13	0-33 %	15.88 %	27	-	-	-
<hr/>										
	B.	76-100 %	92.88 %	18	83-100 %	98.69 %	14	70-100 %	97.06 %	15
ENT.	L.D.	66-100 %	90.77 %	18	63-100 %	97.15 %	14	73-100 %	97 %	15
	C.U.	33-100 %	71.23 %	13	86-100 %	99 %	9	-	-	-
		RANGO	\bar{X}	S	RANGO	\bar{X}	S	RANGO	\bar{X}	S

Tabla # 2. Muestra el porcentaje de respuestas correctas y el número de sesiones que se realizaron para cada sujeto, en la fase de línea base y entrenamiento de las tres actividades de autocuidado.

B.baño; L.D. lavarse los dientes; C.U. cortarse las uñas.

GRUPO B

En la parte interior de la gráfica # 3, se muestran los porcentajes de las respuestas de las pacientes-sujetos.

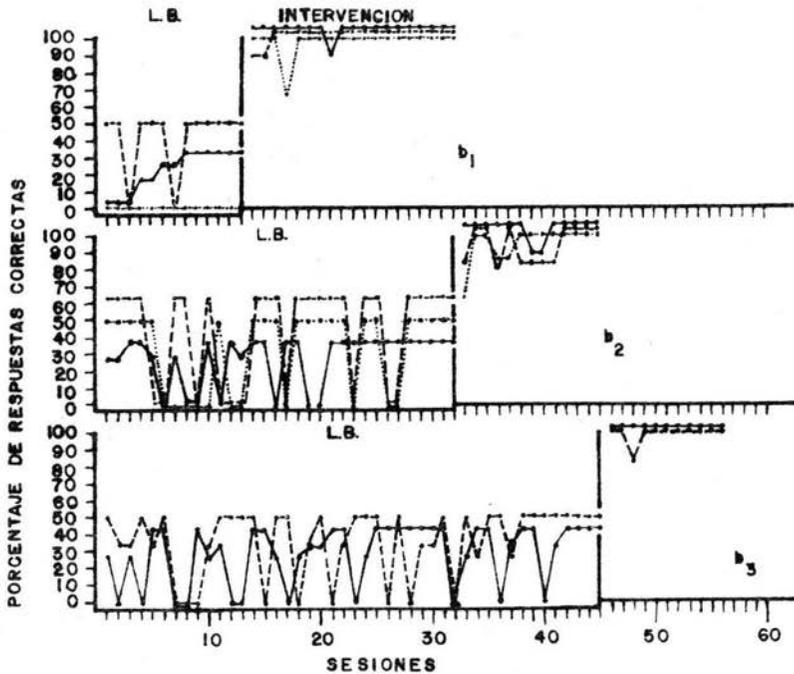
En la actividad de lavarse los dientes durante la línea base, el porcentaje de respuestas fue:

sujeto b_1 : 3% al 33% con una $\bar{X} = 23.15\%$ en 13 sesiones.

sujeto b_2 : 0% al 36% con una $\bar{X} = 26.56\%$ en 32 sesiones.

sujeto b_3 : 0% al 43% con una $\bar{X} = 28.31\%$ en 45 sesiones.

Durante esta fase se observaron diferencias relevantes entre las tres sujetos del grupo (ver gráfica # 3).



Gráfica # 3. Se muestran las tres conductas de tres pacientes sujetos por porcentaje de respuestas correctas.
 ---- Lavarse los dientes; - - - - Hacer la cama
 Cortarse las uñas.

En la actividad de hacer la cama el porcentaje de respuestas durante la línea base fue:

Sujeto b_1 : 0% al 50% con una $\bar{X} = 42.30\%$.

Sujeto b_2 : 0% al 63% con una $\bar{X} = 43.30\%$.

Sujeto b_3 : 0% al 50% con una $\bar{X} = 35.97\%$.

En esta conducta se observó que el nivel fue superior al que se registró en la actividad de lavarse los dientes; además se encontró un nivel medio que osciló entre el 50% y el 60% .

Durante la actividad de cortarse las uñas el porcentaje de respuestas fue:

Sujeto b_1 : 0%.

Sujeto b_2 : 0% al 50% con una $\bar{X} = 33\%$.

No se presentan resultados en la sujeto b_3 , debido a que le falta el miembro superior izquierdo, y hubiera requerido de un entrenamiento especial para llevar a cabo la conducta.

Las sesiones comprendidas entre la 33 y la 45, que realizó la sujeto b_3 , sirvieron de control para la sujeto b_2 , y -- las sesiones abarcadas entre la 14 y 32, realizadas por la sujeto b_2 , se tomaron como control para la sujeto b_1 .

En la fase de entrenamiento en la conducta de lavarse los dientes, el porcentaje de respuestas fue:

Sujeto b_1 : Osciló entre 90% y 100% con una $\bar{X} = 98.42\%$ en 19 sesiones.

sujeto b_2 : Tuvo un promedio del 90% al 100% con una $\bar{x} = 98.46\%$ en 13 sesiones.

sujeto b_3 : Obtuvo el 100% en 11 sesiones.

Cabe aclarar que en la última paciente-sujeto se emplearon menos sesiones que las otras pacientes, a pesar de que sus porcentajes fueron altos. El cambio que se presenta en el porcentaje de respuestas en esta conducta, dadas las instrucciones, muestran un cambio abrupto de nivel.

Para la conducta de hacer la cama el porcentaje de respuestas fue:

Sujeto b_1 : 100% en 19 sesiones.

Sujeto b_2 : 83% y 100% con una $\bar{x} = 92.15\%$ en 13 sesiones.

Sujeto b_3 : 83% y 100% con una $\bar{x} = 98.45\%$ en 11 sesiones.

Una diferencia entre las tres sujetos fue: La sujeto b_2 requirió de la monitor un mayor número de instrucciones e investigadores, presentando una variabilidad al principio de su entrenamiento, pero alcanzando el criterio requerido para la estabilidad de dicha conducta.

En la actividad de cortarse las uñas el porcentaje de respuestas fue:

Sujeto b_1 : Osciló entre 63% y 100% con una $\bar{x} = 96.30\%$ en 10 sesiones.

Sujeto b_2 : 63% al 100% con una $\bar{x} = 92.77\%$ en 9 sesiones.

En la cuarta sesión del entrenamiento, se observó en la sujeto b_1 un descenso del porcentaje de respuestas correctas en la conducta de cortarse las uñas. El porcentaje fue de --

un 63%; esto probablemente originado por los continuos movimientos de las manos que presentaba la paciente-sujeto durante el entrenamiento de esta conducta, por lo que requirió de una mayor instigación.

En la sujeto b_1 - al cambiar de condición - se observa un aumento considerable: del 0% en línea base al 100% en el entrenamiento. En la sujeto b_2 , el cambio observado - al pasar de una condición a otra - fue menos notable: del 50% en línea base al 63% en el entrenamiento. Esta conducta presentó una variabilidad en las primeras sesiones, para posteriormente cubrir al final el criterio requerido.

Una de las diferencias entre las tres sujetos fue: El que la sujeto b_2 presentó una mayor variabilidad en el porcentaje de sus actividades con respecto a las pacientes b_1 y b_3 .

Cabe mencionar que el número de sesiones por sujeto, difirieron entre las 3 pacientes:

Sujeto b_1 : Requirió de 19 sesiones.

Sujeto b_2 : Requirió de 13 sesiones.

Sujeto b_3 : Requirió de 11 sesiones (ver tabla # 3).

D.- GRUPO CONTRA GRUPO

Durante la fase de entrenamiento, en la conducta de lavarse los dientes, la monitor A necesitó de 46 sesiones para entrenar a sus sujetos; la monitor B en 43 sesiones entrenó a sus tres pacientes-sujetos.

GRUPO B

		SUJETO b ₁			SUJETO b ₂			SUJETO b ₃		
L.B.	H.C.	0 - 50	% 42.30	% 13	0 - 63	% 43.31	% 32	0 - 50	% 35.97	% 45
	L.D.	3 - 36	% 25.15	% 13	0 - 36	% 26.56	% 32	0 - 43	% 28.31	% 45
	C.U.	0	% 0	% 13	0 - 50	% 33	% 32	-	-	-
ENT.	H.C.	100	% 100	% 19	83-100	% 92.15	% 13	83-100	% 98.45	% 11
	L.D.	90-100	% 98.42	% 19	90-100	% 98.46	% 13	100	%	11
	C.U.	63-100	% 93.30	% 10	63-100	% 92.77	% 9	-	-	-
		RANGO	\bar{X}	S	RANGO	\bar{X}	S	RANGO	\bar{X}	S

113

Tabla # 3. Muestra el porcentaje de respuestas correctas y el número de sesiones que se realizaron para cada sujeto, en la fase de línea base y entrenamiento de las tres actividades de autocuidado.
H.C. hacer la cama; L.D. lavarse los dientes; C.U. cortarse las uñas.

En la actividad de cortarse las uñas, la monitor A realizó 22 sesiones para entrenar a sus dos pacientes-sujetos y la monitor B requirió de 19 sesiones para entrenar a sus pacientes-sujetos.

Algunas diferencias que se encontraron son las siguientes. En el entrenamiento de las sujetos del grupo B - en ambas conductas - se necesitó de un número menor de sesiones, - que las requeridas por las pacientes-sujetos del grupo A. Debido esto, a las instrucciones que se hicieron en el IMS de - la monitor A como parte de la retroalimentación de su conducta, fueron de igual manera implementadas en la monitor B.

En las conductas que no son afines, la monitor A en la conducta de baño necesitó de 46 sesiones para entrenar a sus tres pacientes-sujetos, en tanto que la monitor B, en la conducta de hacer la cama requirió de 43 sesiones para llevar a cabo el entrenamiento con sus pacientes-sujetos.

A causa de que la cadena de respuestas que correspondía a la actividad de baño era mayor, fue necesario emplear más - sesiones, en tanto que, en la actividad de hacer la cama, las sesiones que se realizaron fueron menos.

Estos resultados indican que aproximadamente entre uno - y dos meses se entrenaron a tres pacientes-sujetos en las habilidades de autocuidado (Contando de 19 a 46 días hábiles). Los resultados se pueden dar, a condición de que exista un en - trenamiento adecuado a las monitores y un control eficaz de - fármacos para las pacientes. Los resultados antes menciona--

dos se pueden observar en las gráficas 2 y 3, y también en -- las tablas con los mismos números que tienen las gráficas.

E.- GENERALIZACION

En el porcentaje de respuestas obtenidas en la fase de generalización se presenta de la siguiente forma:

Monitor A: la conducta de sacudir osciló entre 63% y 83% con una $\bar{X} = 74.33\%$; la actividad de barrer obtuvo un porcentaje que está entre el 60% y 86% con una $\bar{X} = 82.44\%$; en la conducta de hacer la cama el porcentaje fue del 75% a 82% con una $\bar{X} = 80.44\%$ en 9 sesiones.

Sujeto a_4 : la conducta de sacudir fue de 60% al 80% con una $\bar{X} = 73.33\%$, en lo que respecta a la conducta de barrer fue de 44% a 88% con una $\bar{X} = 80.66\%$; la conducta de hacer la cama -- fue de 66% a 88% con una $\bar{X} = 82.66\%$, en 9 sesiones.

Con respecto al porcentaje de respuestas obtenidas en el grupo B se muestran a continuación.

Monitor B: la conducta de sacudir fue de 100%; para la conducta de barrer fue de 66% a 100% con una $\bar{X} = 95.55\%$ y hacer la cama fue de 100%, para lo que se requirió de 9 sesiones.

Sujeto b_4 : la conducta de sacudir fue de 80% al 100% con una $\bar{X} = 97.77\%$; en la conducta de barrer fue de 44% a 100% con una $\bar{X} = 91.22\%$ y para la conducta de hacer las camas el porcentaje osciló entre 50% y 100% con una $\bar{X} = 81.77\%$, en 9 sesiones.

Una notable diferencia que se encontró, tanto en la monitor B como en la sujeto b_4 , es el decremento que se observó -

en la sesión 3, esto se debió a que interfirió la afinadora - en el desarrollo de la actividad, retirando a la sujeto de la situación.

Al hacer la comparación de los resultados obtenidos en - las monitores, se observó una diferencia que fue la siguiente: La monitor B alcanzó el 100% durante la intervención, a dife- rencia de la monitor A que obtuvo una puntuación máxima de -- 86%. Esta diferencia se observó durante las tres actividades. La conducta que se tomó como control en las monitores fue la de hacer las camas, ya que dicha conducta había sido entrena- da en la monitor B alcanzando una $\bar{X} = 100\%$ y la monitor A del 80.44% .

De acuerdo a lo anterior, es importante conocer la se--- cuencia completa de toda la actividad para así obtener mejo-- res resultados; con esto se comprobó que es relevante el mane- jo de contingencias y la secuencia de la cadena, como elemen- tos que conforman un paquete de técnicas, para la implementa- ción del programa de autocuidado.

Los resultados obtenidos en las pacientes-sujetos, indi- can que el desarrollo de la ejecución de sus monitores, tiene un efecto similar en las primeras, ya que se observó que la - sujeto a_4 presentó un porcentaje menor, a diferencia de la su- jeto b_4 , que alcanzó el 100% de respuestas correctas, lo ante- riormente descrito se puede observar en la tabla # 4 e igual- mente en la gráfica # 4, que a continuación son presentadas

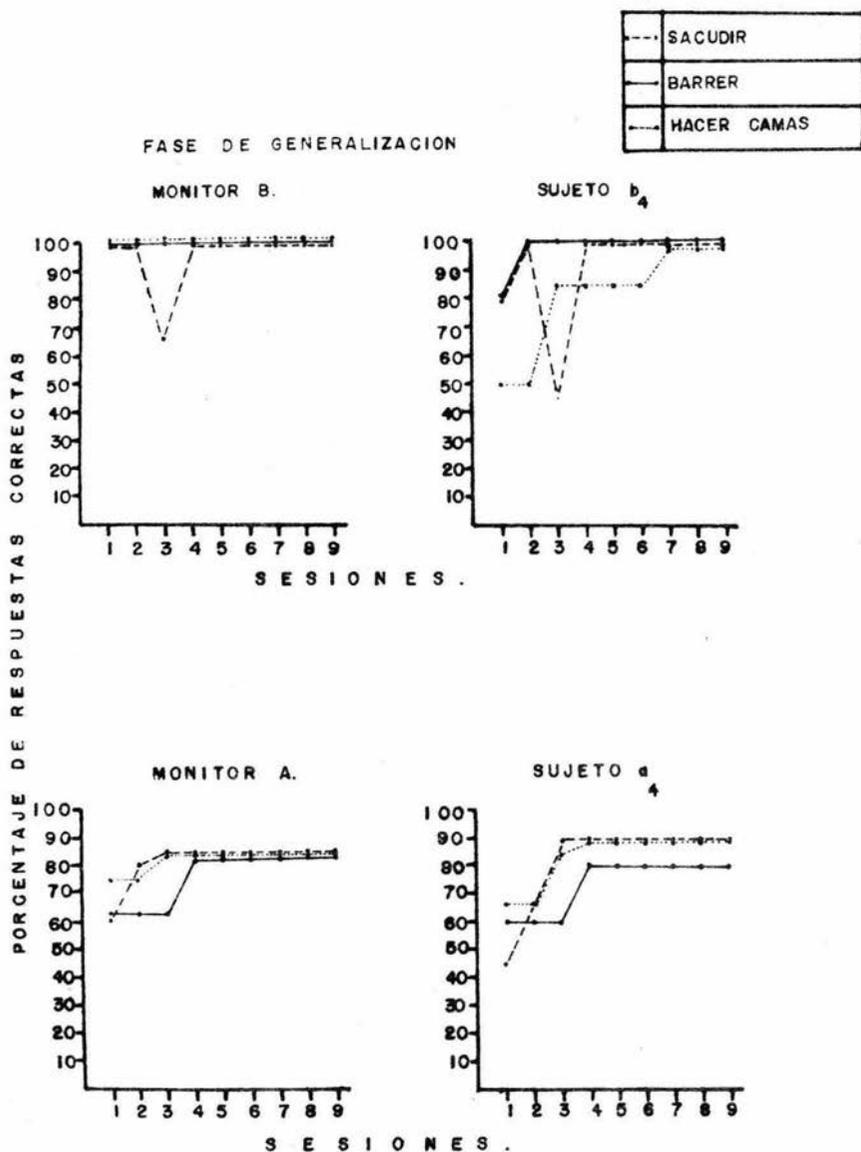
FASE DE GENERALIZACION

	MONITOR A			SUJETO a ₄		
S.	63-80 %	74.33 %	9	60-80 %	73.33 %	9
B.	60-86 %	82.44 %	9	44-88 %	80.66 %	9
H.C.	75-82 %	80.44 %	9	66-88 %	82.66 %	9

	MONITOR B			SUJETO b ₄		
S.	100 %	100 %	9	80-100%	97.77 %	9
B.	66-100%	95.55 %	9	44-100%	91.22 %	9
H.C.	100 %	100 %	9	50-100%	81.77 %	9

RANGO \bar{x} S RANGO \bar{x} S

Tabla # 4. Porcentaje de respuestas correctas obtenidas durante la fase de generalización para las monitores -- con sus respectiva paciente-sujeto.
S. sacudir; B. barrer; H.C. hacer las camas.



Gráfica # 4. Muestra los resultados obtenidos durante la fase de generalización con conductas de mantenimiento de las dos monitores con sus respectivos sujetos.

F.- CONFIABILIDAD

La obtención de la confiabilidad se hizo conforme a la siguiente fórmula:

$$\text{CONFIABILIDAD} = \frac{\text{ACUERDOS}}{\text{acuerdos} + \text{desacuerdos}} \times 100$$

Los resultados de la confiabilidad se muestran en la tabla # 5, en la que se obtuvieron las medias y los rangos de las confiabilidades obtenidas. La media de la confiabilidad para la monitor A fue de 91.46% en línea base y 95.02% en el entrenamiento, 96.34% en IMS a₁, 96.48% en IMS a₂, 94.33% en IMS a₃ y 96.69% en generalización (IMS a₄). Para la monitor B fue de 93.75% en línea base, 94.36% en el entrenamiento; 96.42% en IMS b₁, 98.09% en IMS b₂, 98.80% en IMS b₃ y 98.21% en generalización (IMS b₄).

CONFIABILIDAD

	MONITOR A		MONITOR B	
	RANGO	\bar{X}	RANGO	\bar{X}
L.B.	88.23 - 96.22%	91.46 %	84.60 - 97.61%	93.75 %
ENT.	92.30 - 100 %	95.02 %	92.85 - 100 %	94.36 %
IMS ₁	86.79 - 98.22%	96.34 %	92.85 - 100 %	96.42 %
IMS ₂	92.45 - 100 %	96.48 %	95.23 - 100 %	98.09 %
IMS ₃	90.56 - 100 %	94.33 %	97.61 - 100 %	98.80 %
IMS ₄	94.33 - 100 %	96.69 %	95.23 - 100 %	98.21 %

Tabla # 5. Porcentaje de la confiabilidad durante todo el entrenamiento para cada una de las monitores, indicando en el rango la confiabilidad más baja y la más alta.

La media de confiabilidad en la línea base, para los pacientes-sujetos del grupo A fueron:

Sujeto a_1 : 92.06%; Sujeto a_2 : 94.76%; Sujeto a_3 : 95.17%

Durante la fase de entrenamiento fueron:

Sujeto a_1 : 94.56%; Sujeto a_2 : 94.94%; Sujeto a_3 : 95.93%
(ver tabla # 6).

	SUJETO a_1	SUJETO a_2	SUJETO a_3
L.B.	88.67-96.22% 92.06%	88.67-100 % 94.76%	90.56-100 % 95.17%
ENT.	90.56-100 % 94.56%	90.56-100 % 94.96%	92.45-100 % 95.93%
	RANGO \bar{X}	RANGO \bar{X}	RANGO \bar{X}

Tabla # 6. Muestra los porcentajes obtenidos en la confiabilidad durante el entrenamiento y línea base de los pacientes-sujetos del grupo A.

Igualmente se sacó la confiabilidad para el grupo B, las medias aritméticas que se obtuvieron fueron las siguientes: - Línea base: Sujeto b_1 : 93.75%; Sujeto b_2 : 94.41%; Sujeto b_3 : 94.58%.

En las fases de entrenamiento fueron: Sujeto b_1 : 96.42%; Sujeto b_2 : 94.71%; Sujeto b_3 : 94.98%.
(ver tabla # 7).

	SUJETO b_1		SUJETO b_2		SUJETO b_3	
L.B.	90.24-95.26%	93.75%	90.47-100 %	94.41%	90.24-100 %	94.58%
ENT.	92.85-100 %	96.42%	92.85-100 %	96.42%	91.89-97.61	94.98%
	RANGO	\bar{x}	RANGO	\bar{x}	RANGO	\bar{x}

Tabla # 7. Muestra los porcentajes obtenidos de la confiabilidad durante el entrenamiento y la línea base de -- las pacientes-sujetos del grupo B.

En lo que respecta a la fase de generalización, las confiabilidades obtenidas fueron:

Sujeto a_4 : 92.92%; Sujeto b_4 : 95.82% (ver tabla # 8).

	SUJETO a_4		SUJETO b_4	
ENT.	92.45 - 94.33%	92.92%	92.85 - 100 %	95.82%
	RANGO	\bar{x}	RANGO	\bar{x}

Tabla # 8. muestra los porcentajes obtenidos de la confiabilidad durante el entrenamiento de la fase de generalización para los sujetos a_4 y b_4 .

G.- RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS CONDUCTAS COLATERALES.

GRUPO A

Durante el periodo de ambientación, las conductas que -- más se presentaron fueron: Las de juego paralelo y las de interacción verbal. La conducta de juego paralelo osciló entre las 20 y 23 respuestas para la monitor A, de 0 a 5 respuestas en el sujeto a_1 ; de 4 a 6 respuestas en el sujeto a_2 ; 0 respuestas en el sujeto a_3 .

En la conducta de interacción verbal, la monitor A tuvo de 12 a 25 respuestas, en tanto que la sujeto a_1 tuvo una respuesta, dos respuestas la sujeto a_2 y la sujeto a_3 cero respuestas.

La conducta de retraimiento se presentó únicamente en -- las pacientes-sujetos. El número de respuestas se dio así: - Sujeto a_1 24 respuestas; sujeto a_2 de 1 a 26 respuestas, sujeto a_3 de 19 a 27 respuestas.

La conducta de agresión no se presentó en ninguna de las pacientes del grupo durante las tres sesiones.

A excepción de la monitor A, el retiro de la situación - se presentó por lo menos, una vez en cada paciente-sujeto.

Cuando se volvió nuevamente a introducir el periodo de - ambientación, las conductas de agresión y retiro de la situación no se presentaron en ninguna de las pacientes. Por otra parte, la conducta de retraimiento sólo fue presentada en una ocasión por la monitor. Quizás originado por la falta de me-

dicamentos en la paciente el día de la sesión.

En la conducta de juego paralelo la monitor tuvo 67 respuestas en total, la sujeto a_1 obtuvo 81 respuestas; la sujeto a_2 40 respuestas; la sujeto a_3 18 respuestas.

En la tabla # 9 se puede observar que hubo un incremento notable de esta conducta con respecto al primer periodo de am bientación.

En la conducta de interacción verbal, la monitor registró un total de 51 respuestas; 20 respuestas para la sujeto a_1 ; 16 de la sujeto a_2 y 7 de la sujeto a_3 . Se pudo observar que estas dos últimas conductas se incrementaron considerablemente en todas las pacientes, a excepción de la conducta de interacción verbal en la que la monitor obtuvo un menor número de conducta, a diferencia del periodo de ambientación que fue presentado al principio.

Esto permitió que las pacientes-sujetos tuvieran mayor número de conductas de interacción verbal (ver tabla # 9).

GRUPO B

Durante el período de ambientación en la conducta de jue go paralelo, la monitor B obtuvo 18 respuestas en total, la sujeto b_1 23 conductas; la sujeto b_2 20 conductas y la sujeto b_3 26 conductas.

En la conducta de interacción verbal, la monitor obtuvo un total de 66 respuestas; la sujeto b_1 13 respuestas; en --- cuanto a la sujeto b_2 se dieron 10 conductas y la sujeto b_3 -

CONDUCTAS COLATERALES

SUJETOS	A				a ₁				a ₂				a ₃			
	1	2	3	T	1	2	3	T	1	2	3	T	1	2	3	T
CONDUCTAS																
J.P.	20	21	23	64	-	-	5	5	4	6	-	10	-	-	-	-
I.V.	12	24	25	61	1	-	-	1	-	2	-	2	-	-	-	-
1°P. R.	-	-	-	-	24	-	-	24	23	26	10	59	27	-	19	46
Ag	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R.S.	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	-	-	1	1
J.P.	23	25	19	67	24	28	29	81	16	5	19	40	8	-	10	18
I.V.	28	13	10	51	7	12	1	20	12	3	1	16	5	1	1	7
2°P. R.	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ag	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R.S.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabla# 9. Representa la ocurrencia de conductas colaterales durante las tres sesiones - del primero y segundo período de ambientación, con la monitor A y sus tres pacientes-sujetos. J.P. juego paralelo; I.V. interacción verbal; R. retraimiento; Ag. agresión; R.S. retiro de la situación.

13 conductas.

En la conducta de retraimiento, la paciente monitor no tuvo respuestas, la sujeto b_1 obtuvo 35 conductas; en la sujeto b_2 se dieron 21 conductas en total y en la sujeto b_3 no se dio ninguna conducta.

La conducta de agresión, no se presentó en ninguna de las pacientes.

A excepción de la monitor, la conducta de retiro de la situación se presentó sólo una vez en las pacientes-sujetos.

En el segundo período de ambientación, la conducta de agresión no se presentó en el grupo de pacientes.

La conducta de retiro de la situación se presentó una vez en las pacientes-sujetos b_2 y b_3 .

La conducta de retraimiento se presentó 13 veces en la sujeto b_2 , la cual disminuyó con respecto al período de ambientación que fue realizado al principio.

La conducta de juego paralelo se presentó un total de 77 veces en la monitor, 54 veces en la sujeto b_1 ; 37 veces en la sujeto b_2 y 54 en la sujeto b_3 .

Se pudo observar que esta conducta incrementó notablemente (casi al doble de su ocurrencia) en todas las pacientes.

En la conducta de interacción verbal, la monitor obtuvo 84 conductas; la sujeto b_1 13 conductas; en la sujeto b_2 hubo 10 conductas y la sujeto b_3 tuvo 13 conductas en total.

Un hecho que es notable recalcar, es el de la monitor que obtuvo un número bastante mayor de conductas durante el

último período de ambientación con respecto al segundo período (para mayor detalle consultar la tabla # 10).

Cabe aclarar que estos períodos no se consideran relevantes para poder analizar la relación social, que pudo haberse dado entre las pacientes, ya que durante el entrenamiento de las pacientes-sujetos si se presentaron las conductas de agresión, conductas que en estos períodos, jamás se dieron.

Estos datos no se consideran durante el entrenamiento, -- debido a que las investigadoras tenían que hacer hasta cuatro registros cada tercer día y permanecían únicamente dos horas en el hospital.

Las hojas de vaciado de datos se presentan en el anexo - número 12.

CONDUCTAS COLATERALES

SUJETOS	B				b ₁				b ₂				b ₃			
	1	2	3	T	1	2	3	T	1	2	3	T	1	2	3	T
CONDUCTAS																
J.P.	8	3	7	18	-	16	7	23	11	9	-	20	3	16	7	26
I.V.	22	23	21	66	-	9	4	13	1	9	-	10	9	4	-	13
1 ^o P. R.	-	-	-	-	-	12	23	35	9	12	-	21	-	-	-	-
Ag	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R.S.	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	1	1	4	-	1
J.P.	24	26	27	77	23	17	14	54	-	27	10	37	18	18	18	54
I.V.	29	26	30	84	-	9	4	13	1	9	-	10	9	4	0	13
2 ^o P. R.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	13	-	-	-	-
Ag.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R.S.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1

Tabla # 10. Representa la ocurrencia de conductas colaterales durante las tres sesiones - del primero y segundo período de ambientación, con la monitor B y sus tres - pacientes-sujetos. J.P. juego paralelo; I.V. interacción verbal; R. retrai- - miento; Ag. agresión; R.S. retiro de la situación.

C A P I T U L O V I I

D I S C U S I O N

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, se observó que las monitores adquirieron, en forma -- más fácil y en menor tiempo, las habilidades necesarias para poder entrenar las conductas de autocuidado en sus pacientes-sujetos que les fueron asignadas.

Por otro lado las pacientes-sujetos adquirieron tres con ductas de autocuidado en un tiempo menor, a diferencia del es tudio reportado por Wagner y Sternilch (1975), los cuales - trabajaron con niños retardados y con tutores los cuales tie- nen igualmente retardo mental. En dicho estudio, los sujetos aprendieron una conducta de autocuidado en quince días, mien- tras que en esta investigación - en el mismo periodo citado - las pacientes aprendieron tres conductas de autocuidado.

Otra de las ventajas que aportó esta investigación, es - que el entrenamiento a las monitores incluía la adquisición - de tres conductas de autocuidado y de tres posibles formas de comportamiento (actitudes) de las pacientes-sujetos.

En el estudio realizado por Wagner y Sternich, a los tu- tores se les entrenaba - de una en una - las conductas, sin - darle opción a responder a las diferentes actitudes de sus su jetos a entrenar.

En el entrenamiento de la monitor A se pudo observar que fue más conveniente modelar las tres actividades de las pa--- cientes durante una sesión, que sólo una actividad. Otro he- cho importante que cabe aclarar fue que durante el juego de - roles se tuvo que suprimir el paso del modelamiento a partir

de la tercera sesión porque la monitor se cansaba y aburría - haciendo más tediosa la sesión.

En esta investigación se le dieron a las monitores los e lementos necesarios como parte de un paquete de técnicas que pudieran utilizar para entrenar a sus pacientes, por lo que - las monitores deberían responsabilizarse por tres conductas - que posteriormente entrenaría en cada una de sus pacientes-su jetos.

Algunos estudios sugieren que las monitores o asesores - deban entrenar a sus sujetos por pasos, lo que sería un proce dimiento de encadenamiento, por ejemplo: Mares y Hich (1981), trabajaron con padres como asesores de sus hijos, a los prime ros se les daba una serie de entrenamientos con posibles op-- ciones de las técnicas que deberían utilizar, por lo que se - asignaron tareas o pasos al padre para que los aplicaran en - su hogar, y una vez que se cubría cada paso se podía continuar con otro. Otro estudio similar realizado por Horner, Wuech y Boomer (1981), indicó que el encadenamiento de conductas es efectivo en el entrenamiento de habilidades de tipo vocacional.

El procedimiento de la Presentación Total de la Tarea im plementada por Martín y Suthon (1981), y utilizada como en- trenamiento de habilidades, implicaba el uso de una serie de técnicas con las cuales un sujeto debía de ejecutar todos los pasos desde el principio hasta el final de la cadena, y conti nuar con el total de los ensayos de la tarea hasta que todos los pasos fueran dominados. A diferencia del encadenamiento

hacia adelante, en donde primero se tiene que dominar un paso para continuar con los demás pasos de la cadena. Además otra de las ventajas que ofrece la Presentación Total de la Tarea es en lo referente a los ensayos y al tiempo, ya que se observó que en la Presentación Total de la Tarea, en un número menor de ensayos se establece una mayor cadena de respuestas.

En el entrenamiento a paraprofesionales, los estudios -- realizados por Nay (1975), Koegel, Glahn y Nieminen (1977), demostraron que el uso de un paquete de técnicas - en las que se encuentran instrucciones, modelamiento y juego de roles -- son más efectivas que el uso de cualquiera de estas técnicas utilizadas aisladamente, debido a que facilita la aplicación de lo requerido y probabiliza la generalización y el mantenimiento de los resultados del entrenamiento.

En la presente investigación se utilizó para el entrenamiento al monitor, un paquete similar al empleado por los autores mencionados líneas atrás, el cual fue efectivo para que éstos lo emplearan en la modificación de conductas de autocuidado. Además una de las ventajas de dicho entrenamiento en esta investigación, fue el que las monitores no manejaban manuales ni registros para llevar a cabo su entrenamiento y de esta forma no se limitaba la participación de aquellas pacientes que no contaran con los repertorios necesarios de lectura y escritura, que les impidiera funcionar como monitores.

Cabe mencionar que una de las dificultades a las que nos enfrentamos fue la de establecer un registro específico que

nos sirviera para registrar las conductas de las monitores, - por lo cual se tuvo que adecuar y hacer más funcional la hoja de registro.

Otro aspecto que es importante señalar es acerca del lugar en el que se realizó el entrenamiento a la monitor. Siendo éste un cubículo donde las escenas se hacían aproximadas a la situación a la cual se iba a entrenar . Por este hecho, - se sugiere que se lleve a cabo el entrenamiento en los lugares donde se desarrollarán las actividades. Es muy importante señalar que a las pacientes con las que se está trabajando les sean administrados en forma normal los fármacos, ya que - cuando no se les administró se tuvieron que suspender las sesiones. Ya que las pacientes entraban " en crisis " - término con que las internas calificaban este estado - y en el que se presentan pequeños desvanecimientos o desmayos y pérdida - de la situación en la que se encontraban.

Las evaluaciones de las conductas colaterales que se llevaron a cabo, se realizaron antes y después del entrenamiento. Estas evaluaciones no fueron relevantes para un análisis más detallado de los cambios que se dieron en cuanto a la relación de la monitor con sus sujetos y por ello no se pudo llevar a cabo otro registro, ya que se tenía que registrar a la monitor y a las pacientes durante las sesiones en las diferentes fases que se encontraban.

Dentro de la fase de generalización se observó que para llevar a cabo un entrenamiento adecuado, en una actividad di-

ferente a la entrenada, es necesario que la monitor conozca - completamente la secuencia de las habilidades a entrenar, así como las instrucciones, ya que se observó que en el paquete de técnicas fueron proporcionadas adecuadamente, las instrucciones y la secuencia de las habilidades, en tanto que los pasos que componían las nuevas conductas no seguían una secuencia lógica.

En lo que se refiere a los reforzadores, es muy importante considerar el valor reforzante que un estímulo adquiere, ya que las pacientes con las que se trabajó tenían preferencia sobre algunos objetos que se les asignaban. Por ejemplo, para una paciente el cigarro fue más reforzante que una prenda de vestir; por ello se decidió asignar los reforzadores de acuerdo a las características de cada paciente-sujeto.

En lo que se refiere al desvanecimiento de las técnicas, cabe mencionar que cuando cada monitor aplicó el desvanecimiento a su paciente-sujeto, correspondiente a la fase de desvanecimiento de las conductas, se realizó de manera adecuada. Pero un aspecto que es importante hacer notar, es el efecto que causó el desvanecimiento al entrenar al siguiente sujeto en sus primeras sesiones. Por lo que una investigación posterior, sería conveniente poner mayor énfasis a la forma en la que una monitor debe aplicar dicho procedimiento.

A pesar de que no se entrenó a las monitores en las instrucciones específicas durante la fase de generalización, las pacientes lograron tener un control instruccional con sus pa-

cientes-sujetos.

El hecho de utilizar un diseño de línea base múltiple -- presentó una serie de ventajas que se pueden englobar en lo siguiente:

- a) El control que tiene el diseño, en lo que respecta a la -- conducta de los sujetos se pudo observar claramente con este tipo de diseño.
- b) Permite en forma confiable hacer una comparación de los datos obtenidos.

Es importante mencionar lo útil del entrenamiento a para profesionales en instituciones - que presenten característi--cas similares a la de este hospital donde se llevó a cabo la presente investigación - donde el personal especializado es mínimo. Se debe entrenar a este tipo de paraprofesionales -- en diferentes habilidades, mismas que deberían ser retroali--mentadas en su ejecución por los psicólogos o personal del pa--bellón , y con ello se facilitaría su labor.

También de esta forma, se lograría integrar a las pacien--tes en tareas que les permitirían adquirir el desarrollo de - otras actividades, y con ello se reduciría la inactividad --- - que es de un 90% - del total de las Internas del hospital.

Como se pudo observar durante el tiempo en que se reali--zó la investigación, existe un gran número de actividades que pudieran ser programadas por los psicólogos, sino existiera - la limitación en la realización de sus programas. Por lo --- cual consideramos que es importante tomar en cuenta el traba--

jo realizado por éstos, además de que si se les permitiera - ampliar más su campo de acción - ya que éste y su trabajo están controlados en cierta forma por los límites que les impone el personal de psiquiatría - los psicólogos podrían involucrar a las pacientes, y con ello buscar una solución para disminuir la inactividad en el hospital.

C A P I T U L O V I I I

A L G U N O S A S P E C T O S Q U E N O S O N
M E N C I O N A D O S E N L O S E S T U D I O S
R E A L I Z A D O S E N L O S H O S P I T A L E S
P S I Q U I A T R I C O S .

En el presente capítulo se hace mención de los aspectos que no son usualmente mencionados en los reportes de investigación que se han realizado con anterioridad. Por lo que a continuación citaremos los puntos que se consideraron más relevantes.

1.- COOPERACION DEL PERSONAL.

Cuando nos presentamos en la institución explicando el trabajo que se realizaría, el personal estuvo dispuesto a ofrecernos la ayuda necesaria, pero al empezar a correr la investigación, los problemas que encontramos fueron:

- a) Por una parte nos encontramos una actitud negativa de la enfermera al no proporcionarnos: vestidos, jabones y zacate - que eran necesarios para trabajar con las pacientes. Tampoco se nos permitía la entrada al pabellón hasta no terminar de hacerse la limpieza en ese lugar, labor en la que se utilizaban dos horas. Ante esta situación se optó como alternativa el llevar nuestro propio material y utilizar ropa como reforzadores, además se entraba a trabajar al pabellón antes de que se diera el cambio de turno de las enfermeras. No se puede generalizar la actitud negativa de las enfermeras, ya que estas rotaban por los diferentes pabellones y en ocasiones encontrábamos personal que realmente sí estaba dispuesto a colaborar.

- b) Con los médicos existieron buenas relaciones, ya que nuestra investigación no interfería en cuestiones que pertenecen al ámbito médico. Aunque sí, se les solicitó que no faltara el medicamento a las pacientes con las que se estaba llevando a cabo la investigación.
- c) En los psicólogos se mostró cierta desconfianza por los resultados positivos obtenidos del paquete que se implementó con las pacientes.
- d) La mayoría de las pacientes colaboraron, aunque algunas pacientes se mostraban un tanto agresivas. Un problema que se presentó con algunas pacientes fue el condicionamiento por realizar los trabajos, sólo si se daba un pago. Tal fue el caso de una paciente que podía funcionar como monitor, pero para realizarlo pedía un sueldo. Este hecho ocasionó que las pacientes-sujetos también pidieran dinero por realizar tal trabajo. Ante esto se decidió no trabajar con la monitor que ocasionó esta situación.

2.- FALTA DE MEDICAMENTOS.

Un aspecto muy importante en el que se tenía que insistir para cumplir con los objetivos de esta investigación fue el que no les faltase a las pacientes sus medicamentos, ya que la falta de éstos, obligaban a las pacientes a caer en sus crisis - termi-

no con el que calificaban las enfermeras el estado -
anímico de una sujeto - y como consecuencia de esas
crisis nuestras pacientes se pasaban - en promedio--
tres días o una semana sin poder trabajar con noso--
tras, y esto afectaba tanto a la monitor como a la -
sujeto que se estaba entrenando.

Durante una temporada faltó el medicamento y se pudo
observar un desmejoramiento en la mayoría de ellas.-
En este período presentaban mucha agresividad contra
el personal. En respuesta a la agresión solo queda-
ba la alternativa de enviarlas al cuarto de aisla---
miento, donde permanecían hasta que se controlaban.

3.- FALLAS DURANTE LA INTERVENCION.

- a) Registro de la conducta del monitor. Al estar --
realizando el entrenamiento a la monitor, nos per-
catamos de que hacían falta algunas modificaciones
en las formas de registro propuestas. Por lo que
se hicieron las correcciones necesarias, además -
de que se simplificaron las formas de registro.
- b) Modificaciones a la fase de entrenamiento del mo-
nitor. Durante la sesión de juego de roles, la -
paciente monitor se mostraba cansada por la repe-
tición de las escenas, por lo cual se decidió que
el juego de roles se diera en las primeras tres -
sesiones, para posteriormente dar - en la fase -
de entrenamiento - las instrucciones y la retroa-

limitación de sus conductas. Estas modificaciones se dieron desde el principio con la primer monitor.

- c) Influencia de la situación ambiental durante el entrenamiento a la monitor. El entrenamiento a la monitor se realizó en un cubículo (el de la trabajadora social), donde se llevaban a cabo escenas que fueron lo más aproximado a las conductas que modificarían las monitores. Esto dio como resultado ciertas limitaciones al empezar a trabajar la monitor en escenarios reales con las pacientes-sujetos, ya que durante la intervención de la monitor fue algunas veces distraída de su actividad por las mismas compañeras de su pabellón. Debido a que las enfermeras permitían y prohibían el acceso de pacientes al pabellón, las investigadoras se veían imposibilitadas de ejercer un control situacional de ese lugar.

Se ha sugerido que para estudios posteriores en la medida de lo posible las pacientes monitores sean entrenadas en escenarios o situaciones reales, contando con el apoyo del personal para tener un control de la situación en el pabellón.

Como una forma de llevar una mejor relación con las personas encargadas del pabellón cinco, realizamos algunos convivios para obtener su apoyo. También, cooperamos en algunas

festividades que fueron organizadas en el hospital, así como también con los cateos que se les hacían a las pacientes.

A N E X O I

OBJETIVOS, INSTRUCCIONES Y
DEFINICIONES DE LAS CONDUCTAS DE
AUTOCUIDADO DEL ESTUDIO PILOTO.

A. - ACTIVIDAD: BAÑARSE

OBJETIVO GENERAL:

Que la paciente se bañe sin ayuda de otra persona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Pedir y coger un jabón, zacate, ropa limpia y su toa--
lla antes de dirigirse al baño.
- Quitarse la ropa.
- Abrir y cerrar las llaves del agua combinándola según
sea de su agrado.
- Coger el jabón, tallarse y enjuagarse; la cabeza, el --
cuello, brazos, axilas y manos usando ambas manos.
- Coger el jabón y zacate para lavar la parte superior -
del cuerpo (pecho, estómago y espalda).
- Coger el jabón y zacate para lavar de la cintura hacia
abajo, (genitales y glúteos).
- Coger el jabón y zacate para lavar las piernas, (mus-
los, pantorrillas y pies).
- Enjuagarse todo el cuerpo de la cabeza a los pies.
- Coger la toalla y frotar las partes del cuerpo para se
carse, (la cabeza, la parte superior del cuerpo, de -
la cintura hacia abajo y piernas).

INSTRUCCIONES.

INSTRUCCION GENERAL:

- Ve a bañarte - .

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Pide el jabón.
- Pide el zacate.
- Pide el vestido y pantaletas.
- Coloca la ropa limpia y metete a bañar.
- Desnudate quitandote las pantaletas, vestido y zapatos.
- Abre las llaves de la regadera hasta que esté a tu gusto y mojate todo el cuerpo.
- Coge el jabón con la mano izquierda y tallate la cabeza y enjuagate con las dos manos.
- Tallate la cara y enjuagate.
- Tallate las orejas y enjuagate.
- Coge el jabón y el zacate, enjabonalo para tallarte el cuello y enjuagate.
- Tallate los brazos y enjuagate
- Tallate las axilas y enjuagatelas.
- Tallate las manos y enjuagatelas.
- Tallate el pecho y enjuagatelo.
- Tallate el estómago y enjuagatelo.
- Tallate la espalda y enjuagatela.
- Tallate los genitales y enjuagate.
- Tallate los glúteos y enjuagatelos.
- Tallate los muslos y enjuagatelos.
- Tallate las pantorrillas y enjuagatelas.
- Tallate los pies y enjuagatelos.
- Enjuagate todo el cuerpo.

- Cierra las llaves del agua.
- Coge la toalla y secate todo el cuerpo.
- Secate la cabeza.
- Secate el cuello.
- Secate los brazos.
- Secate el pecho.
- Secate la espalda.
- Secate el estómago.
- Secate los genitales.
- Secate los glúteos.
- Secate los muslos
- Secate las pantorrillas.
- Secate los pies.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES.

- 1.- Pide la ropa. Consiste en dirigirse al mostrador de la enfermera y pide la ropa limpia.
- 2.- Pedir jabón. Consiste en dirigirse al mostrador y pedir el jabón.
- 3.- Pedir la toalla. Consiste en dirigirse al mostrador y pedir o coger del closet la toalla (sábana).
- 4.- Pedir el zacate. Consiste en dirigirse al mostrador y coger el zacate del cajón en donde se encuentra.
- 5.- Colocar la ropa limpia. Consiste en llevar y poner la ropa limpia encima de una silla que se encuentra en el cuarto de las regaderas.
- 6.- Quitarse el vestido. Consiste en quitarse el vestido

- y colocarlo en un lugar en donde no se moje.
- 7.- Quitarse los zapatos. Consiste en quitarse los zapatos y colocarlos en un lugar en donde no se mojen.
 - 8.- Quitarse la pantaleta. Consiste en quitarse las pantaletas y colocarlas en un lugar en donde no se mojen.
 - 9.- Abrir las llaves de la regadera. Consiste en colocar cualquiera de las dos manos sobre las llaves de la regadera haciendo un movimiento de derecha a izquierda y combinar el agua caliente con la fría según sea de su agrado.
 - 10.- Mojarse todo el cuerpo. Consiste en colocarse debajo del chorro de agua de la regadera hasta mojarse todo el cuerpo.
 - 11.- Lavarse la cabeza. Consiste en enjabonarse con el jabón la cabeza, tomándolo con la mano izquierda y tallarlo sobre su cabeza haciendo movimientos de adelante hacia atrás.
 - 12.- Lavarse la cara. Consiste en enjabonarse la cara con una mano haciendo movimientos de arriba hacia abajo.
 - 13.- Lavarse el cuello. Consiste en tallarse con el zacate el cuello de arriba hacia abajo, con una mano.
 - 14.- Lavarse los brazos. Consiste en tallarse los brazos con el zacate y con una mano haciendo movimientos de arriba hacia abajo.
 - 15.- Lavarse las manos. Consiste en tallarse con el zacate las manos.

- 16.- Lavarse las axilas. Consiste en tallarse las axilas con el zacate haciendo movimientos circulares.
- 17.- Lavarse el pecho. Consiste en tallarse con el zacate el pecho haciendo movimientos de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha.
- 18.- Lavarse el estómago. Consiste en tallarse con el zacate el estómago haciendo movimientos de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha.
- 19.- Lavarse la espalda. Consiste en tallarse con el zacate la espalda haciendo movimientos de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha.
- 20.- Lavarse los genitales. Consiste en tallarse con el zacate los genitales haciendo movimientos de adelante hacia atrás.
- 21.- Lavarse los glúteos. Consiste en tallarse con el zacate los glúteos haciendo movimientos de arriba hacia abajo y de izquierda a derecha.
- 22.- Lavarse los muslos. Consiste en tallarse con el zacate los muslos haciendo movimientos de arriba hacia abajo de izquierda a derecha.
- 23.- Lavarse las pantorrillas. Consiste en tallarse con el zacate las pantorrillas haciendo movimientos de arriba hacia abajo.
- 24.- Lavarse los pies. Consiste en tallarse los pies con el zacate haciendo movimientos de adelante hacia atrás y de arriba hacia abajo.

- 25.- Enjuagarse todo el cuerpo. Consiste en enjuagarse en forma general todas las partes del cuerpo quitándose el jabón que quedó con las manos y el agua.
- 26.- Cerrar las llaves del agua. Consiste en colocar cualquiera de las dos manos sobre las llaves de la regadera, haciendo un movimiento de izquierda a derecha hasta que deje de caer el agua.
- 27.- Secarse la cabeza. Consiste en coger la toalla y frotar la cabeza hasta que no quede agua.
- 28.- Secarse la cara. Consiste en frotar con la toalla la cara hasta que no quede agua.
- 29.- Secarse el cuello. Consiste en frotar con la toalla el cuello hasta que no quede agua.
- 30.- Secarse los brazos. Consiste en frotar con la toalla los brazos hasta que no quede agua.
- 31.- Secarse las manos. Consiste en frotar con la toalla las manos hasta que no quede agua.
- 32.- Secarse las axilas. Consiste en frotar con la toalla las axilas hasta que no quede agua.
- 33.- Secarse el pecho. Consiste en frotar con la toalla el pecho hasta que no quede agua.
- 34.- Secarse el estómago. Consiste en frotar con la toalla el estómago hasta que no quede agua.
- 35.- Secarse la espalda. Consiste en frotar con la toalla la espalda hasta que no quede agua.
- 36.- Secarse los genitales. Consiste en frotar con la toa

- lla los genitales hasta que no quede agua.
- 37.- Secarse los glúteos. Consiste en frotar con la toa--
lla los glúteos hasta que no quede agua.
- 38.- Secarse los muslos. Consiste en frotar los muslos --
con la toalla hasta que no quede agua.
- 39.- Secarse las pantorrillas. Consiste en frotar con la
toalla las pantorrillas hasta que no quede agua.
- 40.- Secarse los pies. Consiste en frotar los pies con la
toalla hasta que no quede agua.

B.- ACTIVIDAD: VESTIRSE Y PEINARSE.

OBJETIVO GENERAL:

Que la paciente se peine sola sin la ayuda de nadie.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Coger la ropa limpia y ponersela en forma adecuada.
- Coger el peine.
- Ir al baño y ponerse frente al espejo.
- Hacer movimientos con el peine sobre el cabello para -
acomodarlo.
- Dejar el peine en su lugar.

INSTRUCCIONES:

INSTRUCCION GENERAL:

- Vistete y peínate -

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Coge la ropa limpia.

- Ponte el vestido.
- Ponte las pantaletas.
- Ponte los zapatos, como corresponde en cada pie.
- Coge el peine y ve a peinarte.
- Ve al baño a peinarte.
- Colocate frente al espejo.
- Acomodate el cabello, peinandolo hacia atrás.
- Deja el peine en su lugar.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES:

La paciente debe:

- 1.- Coger la ropa limpia. Consiste en agrupar toda su ropa para vestirse.
- 2.- Ponerse las pantaletas. Consiste en introducir las pantaletas por el lado derecho de la prenda introduciendo las dos piernas (una por una) en la prenda y acomodarla en la cadera.
- 3.- Ponerse el vestido. Consiste en colocar el vestido del lado derecho discriminando entre la parte delantera y trasera de la prenda.
- 4.- Ponerse los zapatos. Consiste en introducir el pie izquierdo en el zapato izquierdo y el pie derecho en el zapato derecho.
- 5.- Coger el peine. Consiste en coger el peine que se encuentra en el cajón del mostrador.
- 6.- Ir al baño y ponerse frente al espejo. Consiste en dirigirse al baño y colocarse cerca y enfrente del -

espejo.

- 7.- Acomodarse el pelo. Consiste en hacer movimientos de adelante hacia atrás de tal forma que el cabello se acomode.
- 8.- Dejar el peine. Consiste en dirigirse al cajón del mostrador y depositar el peine en el.

C.- ACTIVIDAD: LAVAR LA ROPA.

OBJETIVO GENERAL:

Que la paciente lave la ropa que usa a diario, sola y sin necesidad de que otra persona le ayude.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Pedir el jabón.
- Coger la ropa sucia e ir a los lavaderos.
- Mojar la ropa y ponerle jabón.
- Tallar la ropa y enjuagarla.
- Exprimir y sacudir la ropa limpia.
- Tender la ropa y extenderla en el tendedero.

INSTRUCCIONES.

INSTRUCCION GENERAL:

- Lava la ropa -

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Pide el jabón para lavar la ropa.
- Recoge la ropa sucia.
- Lleva la ropa sucia al lavadero.

- Coge el jabón con la mano izquierda y/o derecha y untalo en la ropa.
- Talla la ropa hasta que se le quite lo sucio.
- Enjuaga la ropa.
- Exprime la ropa con las dos manos.
- Sacude la ropa para que se desarrugue.
- Tiende la ropa.
- Extiende la ropa en el tendedero.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES.

- 1.- Pedir jabón para lavar la ropa. Consiste en que la paciente se dirija a la enfermera y le pida su jabón.
- 2.- Recoger la ropa sucia. Consiste en coger la ropa sucia que quedó en el baño y llevarla a los lavaderos.
- 3.- Ir a los lavaderos. Consiste en dirigirse al patio - en donde se encuentran los lavaderos.
- 4.- Mojar la ropa sucia. Consiste en que con una bandeja de agua se vacíe el líquido hasta que la ropa quede completamente mojada.
- 5.- Ponerle jabón a la ropa. Consiste en untar el jabón de pastilla con la mano izquierda a la ropa haciendo movimientos de adelante hacia atrás, procurando no dejar partes sucias de la ropa.
- 6.- Tallar la ropa. Consiste en que con las manos se talle sobre la placa de cemento del lavadero haciendo movimientos de adelante hacia atrás, procurando no dejar partes sucias.

- 7.- Enjuagar la ropa. Consiste en vaciar agua limpia a la ropa agitandola hasta que se le quite el jabón y seguir haciendo esto hasta que haya desaparecido la espuma de jabón quedando la ropa limpia.
- 8.- Exprimir la ropa. Consiste en doblar la ropa y torcer con ambas manos, de tal manera que una mano tenga movimiento hacia la izquierda y la otra hacia la derecha hasta que no quede nada de agua en la ropa.
- 9.- Sacudir la ropa. Consiste en destorcer la ropa y hacer un movimiento de arriba hacia abajo tomando la prenda con las dos manos.
- 10.- Tender la ropa. Consiste en colocar con las dos manos la ropa sobre el tendedero.
- 11.- Extender la ropa. Consiste en acomodar la ropa que se puso sobre el lazo extendiendola con las dos manos y dejar que se seque por completo para posteriormente guardarla.

A N E X O 2

REGISTROS DE LAS CONDUCTAS DE
AUTOCUIDADO DEL ESTUDIO PILOTO.

ACTIVIDAD: BAÑARSE

CLAVES:

FASE: _____

/ = R's correctas en orden.

SUJETO: _____

o = R's sin orden.

CONDUCTAS	SESIONES											
1.- Pedir la ropa.												
2.- Pedir el jabón.												
3.- Pedir la toalla.												
4.- Pedir el zacate.												
5.- Colocar la ropa limpia.												
6.- Quitarse el vestido.												
7.- Quitarse los zapatos.												
8.- Quitarse las pantaletas.												
9 - Abrir las llaves de la regadera.												
10.- Mojarse todo el cuerpo.												
11.- Lavar la cabeza.												
12.- Lavar la cara.												
13.- Lavar el cuello.												
14.- Lavar los brazos.												
15.- Lavar las axilas.												
16.- Lavar el pecho.												
17.- Lavar el estómago.												
18.- Lavar la espalda.												

CONDUCTAS	SESIONES											
19.- Lavar los genitales.												
20.- Lavar los glúteos.												
21.- Lavar los muslos.												
22.- Lavar las pantorrillas.												
23.- Lavar los pies.												
24.- Enjuagarse todo el cuerpo.												
25.- Cerrar las llaves del agua.												
26.- Secarse la cabeza.												
27.- Secarse la cara.												
28.- Secarse el cuello.												
29.- Secarse los brazos.												
30.- Secarse las manos.												
31.- Secarse las axilas.												
32.- Secarse el pecho.												
33.- Secarse el estómago.												
34.- Secarse la espalda.												
35.- Secarse los genitales.												
36.- Secarse los glúteos.												
37.- Secarse los muslos.												
38.- Secarse las pantorrillas.												
39.- Secarse los pies.												

ACTIVIDAD: VESTIRSE Y PEINARSE

CLAVES:

FASE: _____

/ = R's correctas en
orden.

SUJETO: _____

o = R's sin orden.

CONDUCTAS	SESIONES											
1.- Coger la ropa limpia.												
2.- Ponerse las pantaletas.												
3.- Ponerse el vestido.												
4 - Ponerse los zapatos.												
5.- Coger el peine.												
6.- Ir al baño y ponerse frente al espejo.												
7.- Acomodarse el cabello.												
8.- Dejar el peine.												

ACTIVIDAD: LAVAR LA ROPA

CLAVES:

FASE: _____

/ = R's correctas y en orden.

SUJETO: _____

0 = R's sin orden.

CONDUCTAS	SESIONES											
1.- Pedir el jabón.												
2.- Coger la ropa sucia.												
3.- Ir a los lavaderos.												
4.- Mojar la ropa.												
5.- Ponerle el jabón.												
6.- Tallar la ropa.												
7.- Enjuagar la ropa.												
8.- Exprimir la ropa.												
9.- Sacudir la ropa.												
10.- Tender la ropa.												
11.- Extender la ropa.												

A N E X O 3

T A B L A D E D E S V A N E C I M I E N T O .

La tabla de desvanecimiento utilizada en esta investigación nos sirvió para realizar - paso a paso - el desvanecimiento de las instrucciones, los instigadores y reforzadores.

La tabla está diseñada en seis partes, mismas que facilitan su manejo al lector y que se detallan enseguida.

PRIMERA PARTE .

- 1.- Instrucción general y reforzador tangible por las tres actividades de autocuidado.
- 2.- Reforzador social al final de la actividad.
- 3.- Instrucciones específicas.
- 4.- Reforzador social durante la actividad.
- 5.- Instigación Verbal.
- 6.- Instigación física.

SEGUNDA PARTE .

- 1.- Instrucción general y reforzador tangible por las tres actividades de autocuidado.
- 2.- Reforzador social al final de la actividad.
- 3.- Instrucciones específicas.
- 4.- Reforzador social durante la actividad.
- 5.- Instigación verbal.

TERCERA PARTE .

- 1.- Instrucción general y reforzador tangible por las tres actividades de autocuidado.
- 2.- Reforzador social durante la actividad.
- 3.- Instrucciones específicas.
- 4.- Reforzador social durante la actividad.

CUARTA PARTE.

- 1.- Instrucción general y reforzador tangible por las --
tres actividades de autocuidado.
- 2.- Reforzador social al final de la actividad.
- 3.- Instrucciones específicas.

QUINTA PARTE.

- 1.- Instrucción general y reforzador tangible por las --
tres actividades de autocuidado.
- 2.- Reforzador social al final de la actividad.

SEXTA PARTE.

- 1.- Instrucción general y reforzador tangible por las --
tres actividades de autocuidado.

A N E X O 4

I N V E N T A R I O P A R A L A S E L E C C I O N D E L
M O N I T O R .

El inventario se utilizó para llevar a cabo la selección adecuada de una paciente psiquiátrica - la cual debía poseer determinadas características - para que pudiera fungir como monitor de otras pacientes.

Por otra parte este instrumento de evaluación sirvió para detectar las habilidades existentes en la posible monitor. Para que posteriormente estas habilidades fueran reafirmadas y/o entrenadas.

A continuación se describen los dos aspectos que conforman este instrumento de evaluación y se incluyen las tablas - para la escala de evaluación de los porcentajes que se requieren para decidir si la paciente cubre el criterio mínimo aceptable.

I.- SECUENCIA DE LA CONDUCTA A ENTRENAR (REPORTE VERBAL).

INSTRUCCIONES:

En esta parte las investigadoras debían preguntar a la posible monitor cómo realiza las siguientes conductas: bañarse, lavarse los dientes, cortarse las uñas y hacer la cama.

Se anotaba con una " X " los pasos de la cadena de respuestas que iba reportando verbalmente, indicando si al hacerlo su lenguaje fue fluido (LF), es decir en forma continua (C), entendible (E) o con un tono de voz moderado (T); - además se anotaba si había contacto visual (CV).

CONDUCTA BAÑARSE	R.V.	L.F.			C.V.
		C	E	T	
1.- Pedir el vestido, el jabón, el zate, la toalla.					
2.- Ir al baño.					
3.- Abrir las llaves de la regadera.					
4.- Desnudarse.					
5.- Mojarse todo el cuerpo.					
6.- Lavar la cabeza, la cara, el cuello					
7.- Lavar los brazos.					
8.- Lavar el cuerpo.					
9.- Lavar las piernas.					
10.- Enjuagarse el cuerpo.					
11.- Cerrar las llaves de la regadera.					
12.- Secar la cabeza, la cara, el cuello					
13.- Secar los brazos.					
14.- Secar el cuerpo.					
15.- Secar las piernas.					
16.- Vestirse.					
17.- Recoger sus cosas.					

CONDUCTA LAVARSE LOS DIENTES	R.V.	L.F.			C.V.
		C	E	T	
1.- Ir por el cepillo y la pasta.					
2.- Ir al baño.					
3.- Destapar y colocar la pasta en el cepillo.					
4.- Mojar el cepillo.					
5.- Cepillar los dientes de arriba.					
6.- Cepillar los dientes de abajo.					
7.- Cepillar las muelas de arriba.					
8.- Cepillar las muelas de abajo.					
9.- Enjuagarse la boca.					
10.- Enjuagar el cepillo.					
11.- Guardar pasta y cepillo.					

CONDUCTA CORTARSE LAS UÑAS	R.V.	L.F.			C.V.
		C	E	T	
1.- Ir por el corta uñas.					
2.- Coger el corta uñas.					
3.- Cortarse las uñas de la mano derecha.					
4.- Cortarse las uñas de la mano izquierda.					
5.- Recoger la basura de las uñas y tirarla al bote de la basura.					
6.- Guardar el corta uñas.					

CONDUCTA HACER LA CAMA	R.V.	L.F.			C.V.
		C	E	T	
1.- Destender la cama.					
2.- Sacudir la cama.					
3.- Colocar las sábanas.					
4.- Acomodar el sarape.					
5.- Acomodar la colcha.					
6.- Colocar la almohada.					

I.- SECUENCIA DE CONDUCTAS A ENTRENAR (REPORTE VERBAL).

CRITERIO DE EVALUACION.

- 1.- Se tomó el porcentaje de respuestas reportadas verbalmente tomando como mínimo el 60%.
- 2.- Para el lenguaje fluido se debían dar dos de las tres respuestas requeridas.
- 3.- En contacto visual se requirió que fuera presentada la respuesta.

II.- DISCRIMINACION DE LAS SITUACIONES.

INSTRUCCIONES:

Se le solicitó a la paciente que indicara si cada una de las siguientes situaciones presentadas en forma verbal son correctas o incorrectas. Se registró con (C) las respuestas correctas y con (I) las respuestas incorrectas.

CRITERIO DE EVALUACION.

- 1.- Se tomó el porcentaje de respuestas correctas teniendo el 60% como mínimo aceptable.

SITUACIONES. CONDUCTA BAÑARSE	RESPUESTAS
1.- Lavarse el cuerpo con zacate y jabón.	
2.- Tallarse con zacate sin ponerle jabón.	
3.- Guardar el zacate y jabón después de usarlo.	
4.- Vestirse sin secarse el cuerpo.	
5.- Salirse de la regadera sin cerrar las llaves.	
6.- Secarse todo el cuerpo.	

SITUACIONES CONDUCTA LAVARSE LOS DIENTES	RESPUESTAS
1.- Enjuagarse la boca y tragarse el líquido.	
2.- Dejar sucio el cepillo.	
3.- Dejar tapada la pasta.	
4.- Uso excesivo de la pasta.	
5.- Cepillar de arriba hacia abajo los dientes de arriba.	
6.- Escupir el agua con la que se enjuagó la boca.	

SITUACIONES	RESPUESTAS
CONDUCTA CORTARSE LAS UÑAS	
1.- Cortarse solo dos uñas de la mano derecha.	
2.- Juntar la basura de las uñas y llevarla a tirar al bote de la basura.	
3.- Cortar la uña al ras o entre la piel.	
4.- Cortarse las uñas con los dientes.	
5.- Dejar el corta uñas en su lugar.	
6.- Cortarse la piel con el corta uñas.	

SITUACIONES	RESPUESTAS
CONDUCTA HACER LA CAMA	
1.- Jalar las cobijas sin destender la cama.	
2.- Sacudir la cama.	
3 - Poner la almohada en los pies de la cama.	
4.- No extender la colcha dejando arrugas.	
5.- Cambiar las sábanas	
6.- Quitar las cobijas una por una.	

TABLAS DE LAS ESCALAS DE EVALUACION.

I.- Tablas y porcentajes para evaluar la primera parte -
del inventario.

CATEGORIA:	PUNTUACION	PORCENTAJE
REPORTE VERBAL	_____	_____
LENGUAJE FLUIDO	_____	_____
CONTACTO VISUAL	_____	_____
S U M A =	_____	_____

TABLA DE PUNTAJES
POR CATEGORIA

P	%	
40	100	
39	97.5	
38	95	
37	92.5	
36	90	
35	87.5	
34	85	
33	82.5	
32	80	
31	77.5	
30	75	
29	72.5	
28	70	
27	67.5	
26	65	
25	62.5	
24	60	MINIMO
23	57.5	
22	55	
21	52.5	
20	50	

TABLA DE LA SUMA
DE PORCENTAJES PRESENTADOS

EN INTERVALOS DE 5		
P	%	
120	100	
115	95.83	
110	91.66	
105	87.05	
100	83.33	
95	79.16	
90	75.00	
85	70.83	
80	66.66	
75	62.50	MINIMO
70	58.33	
65	54.16	
60	50	

11.- Tabla de porcentajes para evaluar la segunda parte del -
Inventario para la Selección del Monitor.

PUNTUACION PORCENTAJE

RESPUESTAS CORRECTAS: _____

PUNTUACION PORCENTAJE

24	100	
23	95.8	
22	91.6	
21	87.5	
20	83.3	
19	79.1	
18	75	
17	70.8	
16	66.6	
15	62.5	mínimo aceptable
14	58.3	
13	54.1	
12	50	

PORCENTAJE DE TOTALES DE LAS PUNTUACIONES
ALCANZADAS EN EL INVENTARIO.

PUNTUACION PORCENTAJE

PRIMERA PARTE _____

SEGUNDA PARTE _____

SUMA = _____

PORCENTAJE = _____

MONIMO ACEPTABLE = 60%

A N E X O 5

R E P E R T O R I O S B A S I C O S .

A continuación se definen cuatro de los repertorios básicos que se consideran necesarios para seleccionar y poder entrenar a las pacientes que necesiten las habilidades de autocuidado.

CONDUCTA DE ATENCION.

Las conductas de atención son conductas precurrentes indispensables para el desarrollo de cualquier programa conductual. La atención se define como orientaciones visuales hacia el punto señalado por el evaluador. Puede ser hacia objetos próximos, cuando el evaluador, al señalar un objeto lo toca con el dedo o lo tiene a unos cuantos centímetros. También puede ser cuando el objeto señalado se encuentra lejos del dedo que el evaluador señala, que para localizarlo no baste mirar a éste sino que haya que seguir la dirección indicada. -- En la evaluación que se presentó se debía dar la instrucción - Mira aquí -, se fue registrando si realizaba la conducta.

SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES.

El programa de control instruccional se define en términos de una serie de instrucciones verbales que el sujeto debería seguir sin reforzamiento.

Antes de iniciar la evaluación debe instruirse al sujeto en lo que se quiere que haga: " Has lo que te voy a decir ".- Cada instrucción se le presentó dos veces, con un intervalo de 10" entre las presentaciones. Se tomó como respuesta correcta si ésta ocurre dentro de los siguientes 5", a la presentación de la instrucción.

IMITACION

Para que consideremos que una conducta es imitada, se debe estar seguro de que aparece ante el estímulo correspondiente, producido por la conducta del modelo y no ante alguna otra forma de estimulación - como instigación física por ejemplo -. El único indicio que nos permite tener la certeza de ello, es que la respuesta imitativa se da inmediatamente en un lapso - relativamente breve. Para la evaluación se presentó la instrucción general: " Ahora vas hacer lo que yo haga ". Se registró como respuesta correcta, cuando la paciente realizó -- las mismas conductas que el investigador estuvo realizando -- habiendo una correspondencia de uno a uno.

DISCRIMINACION.

Este programa estuvo encaminado para que el sujeto pudiera discriminar formas visuales. La respuesta que debía lograrse para discriminarla fue totalmente arbitraria.

En nuestra evaluación se le presentó una serie de objetos necesarios para entrenar habilidades de autocuidado, que deberían discriminar, se registró si el objeto señalado es el correcto o no.

Para la siguiente evaluación fueron tomados algunos de los reactivos de la evaluación realizada en el Centro de Educación Especial y Rehabilitación del Molinito (1979).

REGISTRO DE LA EVALUACION DE REPERTORIOS BASICOS.

REPERTORIOS.	SUJETOS.					
	1	2	3	4	5	6
1.- ATENCION						
1.1.- Voltear al oír su nombre teniendo contacto visual con el instructor.						
1.2.- Señalar objetos hacia la derecha.						
1.3.- Señalar objetos hacia la izquierda.						
1.4.- Señalar objetos hacia arriba.						
1.5.- Señalar objetos hacia abajo.						
2.- SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES.						
2.1.- Pide tu jabón.						
2.2.- Ve a tomar un vaso con agua.						
2.3.- Párate.						
2.4.- Sientate.						
2.5.- Traeme la silla.						

REGISTRO DE LA EVALUACION DE REPERTORIOS BASICOS.

REPERTORIOS.	SUJETOS.					
	1	2	3	4	5	6
3.- IMITACION						
3.1.- Levantar el brazo derecho.						
3.2.- Tocarse la cabeza con las dos manos.						
3.3.- Taparse la boca con la mano izquierda.						
3.4.- Levantar un objeto.						
3.5.- Pararse.						
4.- DISCRIMINACION						
4.1.- Dime cuál es el jabón.						
4.2.- Dime cuál es el cepillo de dientes.						
4.3.- Dime cuál es el cojín.						
4.4.- Dime cuál es el zacate.						
4.5.- Dime cuál es el corta uñas.						

ESCALA DE EVALUACION PARA REPERTORIOS BASICOS.

RESPUESTAS	PORCENTAJES
20	100
19	95
18	90
17	85
16	80 MINIMO.
15	75
14	70
13	65
12	60
11	55
10	50

En esta investigación cuando una paciente alcanza 16 respuestas correctas, o sea, que haya alcanzado el 80% de la puntuación global, se considera apta para poder ser entrenada en cualquier programa.

A N E X O 6

DEFINICION DE CONDUCTAS
COLATERALES Y REGISTROS.

A continuación se dan las definiciones de las conductas colaterales que se registraron en el período de ambientación.

Las actividades que se plantean para esto deben realizarse en un cubículo donde se encuentren las pacientes por grupos. Para ello se les dio la siguiente instrucción:

- " Aquí está este juego (lotería) pueden hacer lo que ustedes deseen ". -

- 1.- Juego paralelo. Conducta de juego en la que el sujeto puede estar o no, junto a otros pacientes, en la que el reforzamiento producido por la actividad no depende de una interacción entre ellas.
- 2.- Retraimiento. Que un sujeto esté alejado de otros y se mantenga a cierta distancia física del los demás, en situación de aislamiento.
- 3.- Interacción verbal. Se refiere a que otro sujeto emita sonidos articulados que produzcan un cambio sistemático y consistente en la conducta de otros.
- 4.- Agresión.
 - a) Agresión verbal. Cuando una paciente indica verbalmente a otra la participación en el juego y la segunda responde con conducta violenta, que ocasiona una reacción dañina a otro sujeto.
 - b) Agresión física. Cuando un paciente presenta conducta motora intensa que ocasione daño o lesión a otros sujetos.
- 5.- Retiro de la situación. Que un sujeto se vaya del lu

gar en el que se este llevando a cabo la actividad.

Para las categorías antes mencionadas fueron registradas en base a un código de respuestas, cuyas iniciales fueron anotadas en la columna correspondiente a cada sujeto coincidiendo con el periodo de tiempo correspondiente.

REGISTRO DE CONDUCTAS COLATERALES.

FECHA: _____ INVESTIGADOR _____ MONITOR _____

SUJETO1 _____ SUJETO2 _____ SUJETO3 _____

PERIODO: _____

CONDUCTAS COLATERALES

CODIFICACION

- JUEGO PARALELO J.P.
- RETRAIMIENTO R.
- INTERACCION VERBAL I.V.
- AGRESION: FISICA Y/O VERBAL Ag.
- RETIRO DE LA SITUACION R.S.

	M	S1	S2	S3
1' 30"				
30"				
4' 30"				
30"				
7' 30"				
30"				
10' 30"				
30"				
13' 30"				

	M	S1	S2	S3
2'				
5'				
8'				
11'				
14'				

	M	S1	S2	S3
3'				
6'				
9'				
12'				
15'				

A N E X O 7

H O J A S D E R E G I S T R O S D E L M O N I T O R.

En el presente anexo se esboza la forma en que se llevó a cabo el registro de la paciente monitor.

El registro fue de la siguiente manera: Se anotó si la monitor daba las instrucciones, esto es, se registró si la monitor daba verbalmente cada una de las instrucciones, tanto generales como específicas de la actividad que estaba realizando, anotando en el primer casillero (✓).

Reforzamiento. Se anotó si la monitor le administraba o no al sujeto todo tipo de reforzadores de acuerdo a la secuencia de la actividad, anotando en el primer casillero (Rf).

Instigación. Se apuntó si la paciente monitor proporcionó los instigadores físicos y/o verbales a la paciente sujeto, cuando no daba la respuesta en forma correcta o cuando no fue presentada por la paciente. Se anotaba (F o V) --- según fuera el caso, en el segundo casillero.

Control de la situación. Se anotó cuando la monitor respondía adecuadamente ante las posibles actitudes presentadas por la paciente sujeto. Anotando (C) en el segundo casillero.

El registro para la fase de generalización estuvo estructurada con tres casilleros, dos de los cuales , se registraron como se menciona en los renglones anteriores. El tercer casillero se utilizó para registrar a la paciente sujeto que se estaba entrenando.

HOJA DE REGISTRO PARA EL MONITOR

NOMBRE: _____ GRUPO _____ SUJETO _____

FASE: _____

ACTIVIDAD	SESIONES				
BAÑARSE					
Instrucción general.					
1.- Pedir: vestido, jabón, toalla, zacate.					
2.- Ir al baño.					
3.- Desnudarse.					
4.- Abrir las llaves de la regadera.					
5.- Mojarse el cuerpo.					
6.- Lavar: cabeza, cara, cuello.					
7.- Lavar los brazos.					
8.- Lavar el cuerpo.					
9.- Lavar las piernas.					
10.- Enjuagarse el cuerpo.					
11.- Cerrar las llaves de la regadera.					
12.- Secarse: cabeza, cara, cuello.					
13.- Secarse los brazos.					
14.- Secar las piernas.					
15.- Secar los pies.					
16.- Vestirse.					
17.- Recoger sus cosas.					

ACTIVIDAD	S E S I O N E S .									
LAVARSE LOS DIENTES										
Instrucción general.										
1.- Ir por el cepillo y la pasta.										
2.- Ir al baño.										
3.- Destapar y colocar la pasta.										
4.- Mojar el cepillo.										
5.- Cepillar los dientes de arriba.										
6.- Cepillar las muelas de arriba.										
7.- Cepillar los dientes de abajo.										
8.- Cepillar las muelas de abajo.										
9.- Enjuagarse la boca.										
10.- Enjuagar el cepillo.										
11.- Guardar la pasta y el cepillo.										

ACTIVIDAD	S E S I O N E S .									
CORTARSE LAS UÑAS										
Instrucción general.										
1.- Ir por el corta uñas.										
2.- Coger el corta uñas.										
3.- Cortar las uñas de la mano derecha.										
4.- Cortar las uñas de la mano izquierda.										
5.- Recoger la basura de las uñas.										
6.- Guardar el corta uñas.										

HOJA DE REGISTRO PARA EL MONITOR

NOMBRE: _____ GRUPO _____ SUJETO _____

FASE: _____

ACTIVIDAD	SESIONES				
LAVARSE LOS DIENTES					
Instrucción general.					
1.- Ir por cepillo y pasta.					
2.- Ir al baño					
3.- Destapar y colocar la pasta.					
4.- Mojar el cepillo.					
5.- Cepillar los dientes de arriba.					
6 - Cepillar muelas de arriba.					
7.- Cepillar dientes de abajo.					
8.- Cepillar muelas de abajo.					
9.- Enjuagarse la boca.					
10.- Enjuagar el cepillo.					
11.- Guardar la pasta y el cepillo.					

HOJA DE REGISTRO PARA EL MONITOR

NOMBRE: _____ GRUPO _____ SUJETO _____

FASE: _____

ACTIVIDAD	SESIONES									
HACER LA CAMA										
Instrucción general.										
1.- Destender la cama.										
2.- Sacudir la cama.										
3.- Poner las sábanas.										
4.- Acomodar el sarape.										
5.- Acomodar la colcha.										
6.- Poner la almohada.										

ACTIVIDAD	SESIONES									
CORTARSE LAS UÑAS										
Instrucción general.										
1.- Ir por el corta uñas.										
2.- Coger el corta uñas.										
3.- Cortar las uñas de la mano derecha.										
4.- Cortar las uñas de la mano izquierda.										
5.- Recoger la basura de las uñas.										
6.- Guardar el corta uñas										

HOJA DE REGISTRO PARA LA FASE DE GENERALIZACION.

MONITOR _____

SUJETO _____

ACTIVIDAD	SESIONES									
	S		S		S		S		S	
SACUDIR										
Instrucción general.										
1.- Ir por el sacudidor.										
2.- Dirigirse al pasillo.										
3.- Sacudir arriba del mueble.										
4.- Sacudir los costados del mueble.										
5.- Dejar el sacudidor en su lugar.										

ACTIVIDAD	SESIONES									
	S		S		S		S		S	
BARRER										
Instrucción general.										
1.- Ir por la escoba y el recogedor.										
2.- Dirigirse al pasillo.										
3.- Coger la escoba.										
4.- Barrer abajo de la cama.										
5.- Barrer el pasillo.										
6.- Coger el recogedor.										
7.- Recoger la basura.										
8.- Tirar la basura.										
9.- Guardar la escoba y recogedor.										

ACTIVIDAD	SESIONES									
	S		S		S		S		S	
HACER LAS CAMAS										
Instrucción general.										
1.- Destender la cama.										
2.- Sacudir la cama.										
3.- Poner las sábanas.										
4.- Acomodar el sarape.										
5.- Acomodar la colcha.										
6.- Poner la almohada.										

ANEXO 8

ACTITUDES DE LAS PACIENTES A
SER ENTRENADAS Y RESPUESTAS DE
LAS MONITORES ANTE LA PACIENTE.

En este anexo se definieron las posibles actitudes que se pudieron presentar durante el entrenamiento de las pacientes sujetos, a las que se enfrentó la monitor. Además se presenta la forma de responder de ésta ante la paciente sujeto.

PACIENTE AGRESIVA.

Este tipo de paciente se define como: Paciente a la cual la monitor le da alguna instrucción para llevar a cabo la actividad y ésta responde con palabras ofensivas o agrediendo físicamente a la monitor.

Respuesta de la monitor ante la paciente.

La monitor deberá tratar de calmar y convencer a la paciente de que ejecute bien la actividad, valiéndose de la instigación física y/o verbal. En caso de agresión física la moonitor deberá detener las manos e indicarle verbalmente que si realiza la actividad le dará un premio. Por ejemplo:

- " Nombre ".
- Cálmate no te enojés.
- Si tú haces ... (actividad), obtendrás ... (reforzador).
- Muy bien, qué bueno que te calmaste.
- No pasa nada.
- Ahora vamos a tratar de que nos salga bien...(Actividad).
- Muy bien por hacerme caso.
- Empieza a hacer lo que te dije (instrucción específica dada por la monitor).
- Muy bien, lo estás haciendo correctamente, por lo que te --vas a ganar ... (Reforzador).

- Qué bien te sentirás y verás después de haber hecho ...
(actividad).

PACIENTE INDIFERENTE

Este tipo de paciente se define como aquella a la cual - le ha sido dada una instrucción por la monitor y no pone atención a la instrucción que se le da.

Respuesta de la monitor ante la paciente.

Ante este tipo de paciente la monitor deberá captar primero su atención, llamándola por su nombre y administrando el reforzador social contingente, para después mostrarle la tarea a seguir, a través de la instrucción, modelamiento, instigadores y reforzadores. Ejemplo:

- " Nombre " .
- Nombre... ve a ... (actividad) .
- Nombre .
- Muy bien, acuérdate que si haces lo que te estoy diciendo - te voy a dar ... (reforzador) .
- Nombre... muy bien .
- Ahora fijate lo que vas a hecer .
- Has ... (actividad) .
- A partir de aquí la monitor dará las instrucciones que comprende la tarea a través del modelamiento. En cada paso de la actividad la monitor recordará a la paciente qué reforzador tangible recibirá .
- Muy bien recuerda que te ganarás ... (reforzador) .
- Si terminas pronto te ganarás... (reforzador) .

PACIENTE PASIVA

Este tipo de paciente se define como aquella que sigue - las instrucciones dadas por la monitor pero su conducta es -- realizada en forma inadecuada y también aquella que ejecuta - la conducta correctamente en un 50%.

Respuesta de la monitor ante la paciente.

Ante este tipo de paciente la monitor deberá de repetir- le las instrucciones necesarias para que complete la activi-- dad, además de que le irá indicando cuando este ejecutando la actividad correcta o incorrecta. Ejemplo:

- " Nombre ".
- Te voy a enseñar cómo hacer... (actividad)
- Fíjate bien cómo debes hacerlo.
- Ahora has... (actividad).
- Espérate.
- Tú hiciste esto... (paso de la actividad), pero se debe - hacer de esta forma.
- ¿ Entendiste ? - si la respuesta es afirmativa se continúa con la actividad
- Muy bien.
- Te toca hacerlo como yo lo hice.
- Muy bien, recuerda que si lo haces bien te vas a ganar.... (reforzador)

ANEXO 9

TABLA DE REFORZAMIENTO.

La siguiente tabla de reforzadores fue aplicada para realizar esta investigación, en ella se describen los tipos de reforzadores y la actividad por la cual se asignaban.

SUJETOS EXPERIMENTALES

REFORZADOR	ASIGNADO POR:
1.- Cigarros.	- Uno por cada actividad realizada correctamente.
2.- Ropa.	- Una prenda por las tres actividades realizadas correctamente.
3.- Zapatos.	- Un par de zapatos por las tres actividades realizadas.
4.- Toallas femeninas.	- Una por cada actividad realizada correctamente.
5.- Cosméticos.	- Dos cosméticos por las tres actividades. Ejemplo: un lápiz labial y un barniz de uñas.
6.- Jabón de baño.	- Uno por las tres actividades -- ejecutadas correctamente.

Las investigadoras asignaban el tipo de reforzador a cada paciente, dependiendo del valor reforzante también de cada paciente sujeto.

SUJETOS MONITORES

- 1.- Bolsas.
- 2.- Joyería de fantasía.
- 3.- Refresco.
- 4.- Toallas femeninas.
- 5.- Jabón para el baño.
- 6.- Zapatos.
- 7.- Ropa.
- 8.- Perfumes.
- 9.- Dinero. (lo que se requería para el importe de un refresco) .
- 10.- Bolsas de detergente.

De esta gama de reforzadores al final de la sesión la -- monitor escogía uno de ellos, siempre y cuando realizaba su -- monitoreo correcto, en caso contrario las investigadoras asignaban el tipo de reforzador.

A N E X O 1 0

O B J E T I V O S , I N S T R U C C I O N E S ,
D E F I N I C I O N E S Y R E G I S T R O S D E
L A S C O N D U C T A S D E A U T O C U I D A D O
D E L A S P A C I E N T E S S U J E T O S .

En este anexo se describen los objetivos, instrucciones, definiciones y registros de las actividades que realizaron -- los sujetos de los grupos " A " y " B " de la presente investigación durante el experimental.

A.- ACTIVIDAD: BAÑARSE.

OBJETIVO GENERAL.

Que la paciente sea capaz de bañarse sin que necesite la ayuda de otras personas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Pedir los objetos necesarios para poder bañarse.
- Dirigirse al cuarto de las regaderas.
- Quitarse la ropa tú sola.
- Abrir las llaves de la regadera y poner el agua a su gusto.
- Meterse abajo del agua para mojarse el cuerpo.
- Lavarse la cabeza, cara, cuello usando jabón y zacate.
- Lavarse los brazos usando jabón y zacate.
- Lavarse el cuerpo usando zacate y jabón.
- Lavarse las piernas con el jabón y zacate.
- Enjuagarse perfectamente el cuerpo.
- Cerrar las llaves del agua.
- Secarse la cabeza, cara y cuello con la toalla.
- Secarse los brazos.
- Secarse las piernas.

- Secarse el cuerpo.
- Coger la ropa limpia y vestirse.
- Recoger sus cosas y dejarlas en su lugar.

INSTRUCCIONES.

INSTRUCCION GENERAL:

- Báñate -

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS

- Vas a pedir el jabón, zacate, vestido y toalla para --
bañarte.
- Ve al cuarto de las regaderas.
- Quítate la ropa que traes puesta.
- Abre las llaves de la regadera y pon el agua como a --
tí te guste.
- Métete al agua para que te mojes todo el cuerpo.
- Coge el jabón y lávate la cabeza, cara, cuello.
- Coge el jabón, el zacate y lávate las axilas, los bra--
zos, las manos.
- Coge el zacate, jabón y lávate el pecho, el estómago,
la espalda, los genitales, los glúteos.
- Coge el zacate, jabón y lávate las piernas, pantorri--
llas y pies.
- Métete al agua y quítate todo el jabón que tengas en -
el cuerpo.
- Cierra las llaves de la regadera.
- Coge la toalla y sécate la cabeza, la cara, el cuello.
- Sécate los brazos.

- Sécate el pecho, el estómago, la espalda, los genitales y los glúteos.
- Sécate las piernas y los pies.
- Coge tu ropa limpia y ponela.
- Recoge todas las cosas que usaste y ponlas en su lugar.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES.

Siguiendo el orden de las instrucciones mencionadas anteriormente se definen las actividades.

- 1 - Pedir a la enfermera el vestido, el zacate, el jabón y la toalla o sábana para bañarse.
- 2.- Con las cosas preparadas dirigirse al cuarto de las regaderas.
- 3.- Quitarse la ropa que trae puesta y colocarla en un lugar donde no se moje.
- 4 - Colocar cualquiera de las manos sobre las llaves de la regadera haciendo movimientos de derecha a izquierda y combinar el agua fría y caliente.
- 5.- Colocarse debajo del chorro de agua, procurando que se moje el cuerpo completamente.
- 6.- Coger el jabón con la mano y frotarlo sobre su cabello de adelante para atrás.
- 7.- Coger el zacate y ponerle jabón, tallar las axilas, los brazos, las manos.
- 8.- Coger el zacate y ponerle el jabón, enseguida lavar el pecho, el estómago, la espalda, los genitales, -- haciendo movimientos de arriba hacia abajo.

- 9.- Coger el zacate y ponerle jabón, tallar las piernas y los pies.
- 10 - Colocarse debajo del chorro de agua para quitarse el jabón haciendo movimientos de arriba hacia abajo para enjuagarse perfectamente.
- 11.- Colocar cualquiera de las manos sobre las llaves de la regadera haciendo movimientos de izquierda a derecha hasta que deje de caer el agua.
- 12.- Coger la toalla y frotar hasta que no quede una sola gota de agua en la cabeza, cara, cuello.
- 13 - Coger la toalla y secarse las axilas, los brazos y las manos.
- 14.- Coger la toalla y frotarla en el pecho, el estómago, la espalda, los genitales, los glúteos.
- 15.- Coger la toalla y secarse las piernas, los pies.
- 16.- Coger la ropa limpia y ponersela correctamente.
- 17.- Recoger la ropa, el jabón, el zacate y dejarlos en su lugar.

B.- ACTIVIDAD: LAVARSE LOS DIENTES.

OBJETIVO GENERAL.

Que la paciente sea capaz de lavarse los dientes tres veces al día sin necesidad de que otra persona la ayude a hacerlo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Ir por el cepillo de dientes y la pasta.
- Dirigirse al baño.
- Usar la pasta de dientes y cepillo.
- Mojar el cepillo.
- Cepillar los dientes de arriba.
- Cepillar las muelas de arriba.
- Cepillar los dientes de abajo.
- Cepillar las muelas de abajo.
- Enjuagarse la boca.
- Enjuagar el cepillo de dientes.
- Guardar la pasta y el cepillo de dientes.

INSTRUCCIONES.

INSTRUCCION GENERAL.

- Lávate los dientes -

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Ve por el cepillo y la pasta de dientes.
- Ve al baño.
- Destapa y ponle pasta de dientes a el cepillo.
- Moja un poco el cepillo.
- Cepilla los dientes de arriba con movimientos de arriba hacia abajo.
- Cepilla las muelas de arriba con movimientos circulares.
- Cepilla los dientes de abajo con movimientos de abajo hacia arriba.
- Cepilla las muelas de abajo con movimientos circulares.
- Enjuágate la boca.

- Lava el cepillo de dientes.
- Tapa la pasta de dientes, guarda el cepillo y pon la pasta en su lugar.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES.

Siguiendo el orden de las instrucciones mencionadas anteriormente se definen las actividades.

- 1.- Dirigirse al estante, sacar el cepillo y la pasta de dientes.
- 2.- Dirigirse al baño.
- 3.- Destapar la pasta y poner en el cepillo.
- 4.- Mojar el cepillo un poco.
- 5.- Cepillar los dientes de arriba realizando movimientos de arriba hacia abajo.
- 6.- Cepillar las muelas de arriba haciendo movimientos circulares.
- 7.- Cepillar los dientes de abajo haciendo movimientos de abajo hacia arriba.
- 8.- Cepillar las muelas de abajo haciendo movimientos circulares.
- 9.- Tomar un vaso con agua y hacer buches hasta que se caiga la pasta de la boca, escupiendo el agua.
- 10.- Poner el cepillo en el chorro de agua y con el dedo pulgar tallar el cepillo hasta que se le caiga la pasta dental.
- 11.- Cerrar la pasta de dientes, dirigirse al estante para después guardar la pasta y el cepillo.

C.- ACTIVIDAD: CORTARSE LAS UÑAS.

OBJETIVO GENERAL.

Que la paciente sea capaz de cortarse las uñas, una -- vez por semana sin que sea necesaria la ayuda de otra persona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Ir por el corta uñas.
- Coger el corta uñas con la mano indicada en la posi--- ción correcta.
- Cortarse las uñas de la mano derecha.
- Cortarse las uñas de la mano izquierda.
- Dejar limpio el lugar donde se corte las uñas.
- Dejar el corta uñas en su lugar.

INSTRUCCIONES.

INSTRUCCION GENERAL.

- Córdate las uñas -

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Trae el corta uñas.
- Coge el corta uñas con cuidado para cortar las uñas.
- Ve cortando las uñas de la mano derecha.
- Ve cortando las uñas de la mano izquierda.
- Recoge la basura y tórala en el bote de la basura.
- Guarda el corta uñas en su lugar.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES.

Siguiendo las instrucciones se definen las actividades.

- 1.- Ir al lugar donde se encuentra el corta uñas.
- 2.- Coger el corta uñas y acomodarlo en posición correcta para poder cortar las uñas.
- 3.- Cortar cada una de las uñas de la mano derecha.
- 4.- Cortar una a una las uñas de la mano izquierda, de tal manera que al presionar el corta uñas, queden -- cortadas las uñas entre el ras y la parte saliente.
- 5.- Coger la basura de la uñas y dirigirse al bote para tirarlas.
- 6.- Llevar el corta uñas al lugar que le corresponde.

D.- ACTIVIDAD: HACER LA CAMA.

OBJETIVO GENERAL.

Que la paciente sea capaz de hacer la cama en forma -- correcta por si sola.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Destender la cama.
- Sacudir la cama.
- Poner las sábanas correctamente.
- Acomodar el sarape adecuadamente.
- Acomodar la colcha en la forma debida.
- Poner la almohada en la posición correcta.

INSTRUCCIONES.

INSTRUCCION GENERAL.

- Has la cama -

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Vas a quitar todas las cosas de tu cama.
- Con una sábana vas a sacudir la cama.
- Pon las sábanas.
- Acomoda el sarape en la cama.
- Acomoda la colcha para que cuelgue.
- Pon la almohada en la parte de arriba.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES.

Siguiendo las instrucciones se definen las actividades.

- 1.- Quitar la colcha, sarape, almohadas y sábanas.
- 2.- Coger una sábana con ambas manos y sacudir el colchón.
- 3.- Poner las sábanas metiendo las orillas debajo del colchón para que no cuelguen.
- 4.- Poner el sarape sobre las sábanas y doblar las orillas.
- 5.- Colocar la colcha restirándola para que no queden arrugas.
- 6.- Acomodar la almohada en la cabecera de la cama.

HOJA DE REGISTRO PARA EL SUJETO

NOMBRE: _____

GRUPO: A

FASE: _____

ACTIVIDAD	SESIONES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BAÑARSE										
1.- Pedir: vestido, jabón, toalla, zacate.										
2.- Ir al baño.										
3.- Desnudarse.										
4.- Abrir las llaves de la regadera.										
5.- Mojarse el cuerpo.										
6.- Lavar: cabeza, cara, cuello.										
7.- Lavar los brazos.										
8.- Lavar el cuerpo.										
9.- Lavar las piernas.										
10.- Enjuagarse el cuerpo.										
11.- Cerrar las llaves de la regadera.										
12.- Secarse: Cabeza, cara, cuello.										
13.- Secarse los brazos.										
14.- Secar el cuerpo.										
15.- Secar las piernas.										
16.- Vestirse.										
17.- Recoger sus cosas.										

HOJA DE REGISTRO PARA EL SUJETO

NOMBRE: _____

GRUPO: A

FASE: _____

ACTIVIDAD LAVARSE LOS DIENTES	SESIONES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.- Ir por el cepillo y la pasta.										
2.- Ir al baño.										
3.- Destapar y colocar la pasta.										
4.- Mojar el cepillo.										
5.- Cepillar los dientes de arriba.										
6.- Cepillar las muelas de arriba.										
7.- Cepillar los dientes de abajo.										
8.- Cepillar muelas de abajo.										
9.- Enjuagarse la boca.										
10.- Enjuagar el cepillo.										
11.- Guardar la pasta y el cepillo										

ACTIVIDAD CORTARSE LAS UÑAS	SESIONES									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.- Ir por el corta uñas.										
2.- Coger el corta uñas.										
3.- Cortar las uñas de la mano derecha.										
4.- Cortar las uñas de la mano izquierda.										
5.- Recoger la basura de las uñas.										
6.- Guardar el corta uñas.										

HOJA DE REGISTRO PARA EL SUJETO

NOMBRE: _____

GRUPO: B

FASE: _____

ACTIVIDAD LAVARSE LOS DIENTES	S E S I O N E S									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.- Ir por cepillo y pasta.										
2.- Ir al baño.										
3.- Destapar y colocar la pasta.										
4.- Mojar el cepillo.										
5.- Cepillar los dientes de arriba.										
6.- Cepillar las muelas de arriba.										
7.- Cepillar dientes de abajo.										
8.- Cepillar muelas de abajo.										
9.- Enjuagarse la boca.										
10.- Enjuagar el cepillo.										
11.- Guardar la pasta y el cepillo.										

ACTIVIDAD HACER LA CAMA	S E S I O N E S									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.- Destender la cama.										
2.- Sacudir la cama.										
3.- Poner las sábanas.										
4.- Acomodar el sarape.										
5.- Acomodar la colcha.										
6.- Poner la almohada.										

ACTIVIDAD CORTARSE LAS UÑAS	S E S I O N E S									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.- Ir por el corta uñas.										
2.- Coger el corta uñas.										
3.- Cortar las uñas de la mano derecha.										
4.- Cortar las uñas de la mano izquierda.										
5.- Recoger la basura de las uñas.										
6.- Guardar el corta uñas.										

A N E X O 1 1

O B J E T I V O S , I N S T R U C C I O N E S Y
D E F I N I C I O N E S D E L A S
C O N D U C T A S D E M A N T E N I M I E N T O .

En el presente anexo se señalan las conductas que fueron seleccionadas para realizar la fase de generalización como -- son: sacudir y barrer. La conducta de hacer las camas se basó en la descripción de el anexo anterior.

A.- ACTIVIDAD: SACUDIR.

OBJETIVO GENERAL.

Que la paciente sea capaz de sacudir los muebles del -- pabellón en forma correcta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Dirigirse al lugar donde se encuentra el sacudidor.
- Dirigirse al pasillo del pabellón.
- Sacudir la parte de arriba del mueble.
- Dejar el sacudidor en su lugar.

INSTRUCCIONES.

INSTRUCCION GENERAL:

- Sacude los muebles -

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Vas a ir al cuarto donde se encuentra el sacudidor.
- Vas a ir al pasillo de la derecha.
- Sacude la parte de arriba del mueble.
- Sacude los costados del mueble.
- Vas a dejar el sacudidor en su lugar.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES:

Conforme a las instrucciones la paciente debe:

- 1.- Dirigirse al cuarto del pabellón donde guardan los objetos para realizar la limpieza.
- 2.- Dirigirse con el sacudidor al pasillo indicado.
- 3.- Coger el sacudidor y hacer movimientos de tal forma que quede limpio el mueble.
- 4.- Coger el sacudidor y con movimientos de izquierda a derecha ir limpiando el mueble en los costados.
- 5.- Dirigirse al cuarto de los objetos de limpieza y dejar el sacudidor.

B.- ACTIVIDAD: BARRER.

OBJETIVO GENERAL.

Que la paciente sea capaz de barrer un pasillo del pabellón en forma correcta y sin la ayuda de otra persona.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Que la paciente sea capaz de:

- Dirigirse al cuarto de limpieza y coger, la escoba y el recogedor.
- Dirigirse al pasillo.
- Coger la escoba correctamente.
- Barrer abajo de las camas.
- Barrer el pasillo del pabellón.
- Coger el recogedor en la posición correcta.
- Recoger la basura.
- Dejar la escoba y el recogedor en su lugar.

INSTRUCCIONES.

INSTRUCCION GENERAL.

- Barre el pasillo -

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS:

- Ve al cuarto en donde se guardan las cosas para limpiar, coger la escoba y el recogedor.
- Con la escoba y el recogedor ve al pasillo que se encuentra a la derecha.
- Coge bien la escoba para que puedas barrer.
- Vas a barrer abajo de las camas procurando que no quede basura en el piso.
- Vas a barrer el pasillo correctamente e irás juntando la basura.
- Vas a coger el recogedor por el mango.
- Con la escoba y el recogedor vas a recoger la basura.
- Lleva el recogedor y la escoba - tira la basura -.
- Vas a dejar la escoba y el recogedor en su lugar.

DEFINICION DE LAS ACTIVIDADES:

Conforme a las instrucciones la paciente debe:

- 1.- Dirigirse al cuarto en donde se guardan las cosas de la limpieza y coger, la escoba, el recogedor.
- 2.- Con los objetos en las manos se debe dirigir al pasillo donde se realizó la actividad.
- 3.- Coger la escoba con las dos manos colocándolas en la posición correcta para que pueda barrer.
- 4.- Con movimientos de derecha a izquierda barrer abajo

de las camas.

- 5.- Coger la escoba correctamente y con movimientos de derecha a izquierda barrer el pasillo del pabellón e ir juntando la basura.
- 6.- Coger el recogedor con la mano que se acomode y apoyarlo sobre el piso.
- 7.- Con el recogedor y la escoba, recoger la basura sin que quede nada en el suelo.
- 8.- Dirigirse con el recogedor al bote de la basura y tirar la basura que se recogió.
- 9.- Dirigirse con la escoba y el recogedor al cuarto de limpieza, para dejarlos allí.

A N E X O 1 2

H O J A D E V A C I A D O D E D A T O S.

En base a los registros de la monitor y del sujeto, en el presente anexo se muestra una hoja de vaciado de los datos que fue empleada en esta investigación.

Los datos que son registrados en la hoja fueron:

- La fecha en que fue realizada la sesión.
- Categoría conductual.
- Condición de tratamiento en la que se encuentra el --- grupo.
- Número de respuestas correctas de la monitor.
- Porcentaje de respuestas correctas de la monitor.
- Porcentaje global de las categorías entrenadas.
- Confiabilidad en los registros de la monitor.
- Número de respuestas correctas del sujeto.
- Porcentaje de respuestas correctas del sujeto.
- Porcentaje global de las categorías entrenadas.
- Confiabilidad en los registros de las sujetos.

H O J A D E V A C I A D O D E D A T O S

INVESTIGADOR: _____ MONITOR: _____ SUJELO: _____

FECHA	CATEGORIA CONDUCTUAL	CONDICION DE TRATAMIENTO	MONITOR			SUJELO		
			# DE R'S CORRECTAS	% DE R'S CORRECTAS	% GLOBAL CONFIAB	# DE R'S CORRECTAS	% DE R'S CORRECTAS	% GLOBAL CONFIAB

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

- 1.- Abramson E.E. and Wunderlich R.A. Dental Higiene Training for Retardates: an application of behavioral techniques. Mental Retardation. 1972, 10 , 6-8.
- 2.- Abramson K.A. Contingency management of tooth-brushing -- Behavior in a Summer Camp for Children. Journal of Behavior Analysis. 1969, 2 , 195-198.
- 3.- Ardila R. y Reiriera, 1975; Ardila R., 1973. En: Ardila R. La Profesion del Psicólogo. México, Trillas, 1978, - Capitulo 19
- 4.- Atthowe J. and Krasner L. The Sistematic Application of - Contingent Reinforcement Procedures (token economy) in a large social setting; a Psichiatric Ward. Paper record and at any. Psichol. Ass. Meting., Chicago, 1965.
- 5.- Ayllon T. and Azrin N. Economía de fichas. México, Trillas, 1968.
- 6.- Ayllon T. and Michael J. La Enfermera Psiquiatrica en el Papel de Ingeniero Conductual. Journal of the Experimental Analysis of Behavior. 1959, 2 , 323-334.
- 7.- Ayllon T. and Houghton E. Control of the Behavior of Schizophrenic Patients by Food. Journal Experimental Analysis of Behavior. 1962, 5, 543-552.
- 8.- Bandura A. Principles of Behavior Modification. Holt, -- New York, Reinehart and Winston, 1969.
- 9.- Bandura A. Psychotherapy Based Upon Modeling Principles.

- En: Bergin A.E. and Garfields S.L. Handbook of Psychotherapy and Behavior Changes: An Empirical Analysis. New -- York, Wiley, 1971.
- 10.- Bandura A., Blanchard E.B. and Ritter B. Relative Efficacy of Desensibilization and Modeling Approaches for Behavioral, Affective and Attitudinal Changes. Journal of -- Personality and Social Psychology. 1979, 13, 173-199.
 - 11.- Bayes R. Psicología y Medicina. Barcelona, Fontanella, -- 1979.
 - 12.- Becker W.C. Parents care teachers. En: Rimm D.C. and -- Maters J.C. Terapia de la Conducta: Técnica y Hallazgos Empíricos. México. Trillas, 1974.
 - 13.- Blackwood R.O. Operant Conditioning as a Method of Training the Mentally Retarded. Un published dissertation -- Ohio State University, 1962.
 - 14.- Cabildo H.M. y Cols. Sociedad Mexicana de Salud Mental - A.C. México, 1973.
 - 15.- Campos L.F. Diccionario de Psicología del Aprendizaje, -- México, E.C.C.S.A., 1974
 - 16.- Catania C. Contemporary Research in Operant Behavior, -- En: Campos L.F. diccionario de Psicología del Aprendizaje. México, E.C.C.S.A. 1974.
 - 17.- Colotla V.A. Implicaciones de la Farmacología Conductual en el Campo Profesional del Psicólogo. En Enseñanza, -- Ejercicio e investigación de la Psicología. Un modelo Integral. México, Trillas, 1980, capítulo 15

- 18.- Colotla V.A. y Gallegos Y. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. En Ardilla R. La Profesión del Psicólogo. México, Trillas, 1978 capítulo 5.
- 19.- Cheeck F.E. Laucius J., Mahncke M and Beck R.A. Behavior Modification of Training Program for Parents of Convelescents Schizophrenics. En Rubin R.D., Fersterheim H., --- Lazarus A.A. and Franks C.M. Advantages in Behavior Therapy. Academic Press. New York and London, 1971, 211-231.
- 20.- Edwards M. And Lilly R.L. Operant Conditioning: An Replication to Behavior in Groups. Mental Retardation, -- 1966, 4, 18-20
- 21.- English H.B. and English A.CH. Diccionario de Psicología y Psicoanálisis. Buenos Aires, Trillas, 1977.
- 22.- Evans G.W. and Oswalt G.L. " Aceleration of Academic -- Progress Through the Manipulation of Peer Influence, En: Bijou S. and Ribes E. Modificación de Conducta. México, Trillas, 1977.
- 23.- Eysenk H.J., En Bayes R. Psicología y Medicina. Barcelona, Fontanella, 1979.
- 24.- Furman W., Geller M., Simon S.J. and Kelly J. The Use - of a Behavior Rehearsal Procedure for Teachin Job-Interwing Skills to Psychiatric Patients. Behavior Therapy - 1979. 10, 157-167.
- 25.- Gershone J.R., Erickson E.A., Mitchell J.E. and Paulson D.A. Behavior Comparison of a Token Economy and Standard

- Psychiatric Treatment Ward. Journal Behavior Therapy, -- and Experimental Psychiatry, Vol 8, 1977, 381-385.
- 26.- Goldstein A.P., Martens J., Hubben J., Van Belle H.A., - Schaaf W., Wiersma H. and Goedhart A. The Use of Mode--
ling to Increase Independent Behavior. Behavior Res. and Therapy, 1973, 11, 31-32
- 27.- Hamilton J. and Allen P. Ward Programming for Severy Re-
tarded Institutional Residents. Mental Retardation. --- 1967, 5, 22-24.
- 28.- Hersen, Eisler, Alford and Agras. En Agras W.S. Beha--
vior Modification in General Hospital Psychiatric Unit. Capítulos 15 y 19.
- 29.- Hobbs N. " Mental Nearths Third Revolution ". En Gerney B.G. Psychoterapeutics Agents: New Rols for Non Professionals Parents and Teachers. New York, 1969.
- 30.- Hollander M. and Horner V. Using Enviromental Assessment
and Operant Procedures to Buid Integrated Behavior in ---
Schizophrenics. Journal Behavior Therapy and Experimen-
tal Psychiatry, 1975, vol 6, 289-294.
- 31.- Hollandsworth J.G., Glazesli R.C. and Dressel M.E. Use
of Social Skills Training in the Treatment of Extreme --
Anxiety and Deficient Verbal Skill in the Job Interview
Setting. Journal of Applied Behavior Analysis, 1978, --
11, 259-269.
- 32.- Horner K.D. and Keilits I. Training Mentally Retarded -
Adolescents to Brush Their Teeth. Journal of Applied ---

Behavior Analysis, 1975, 8, 301-309.

- 33.- Johnson M. Operant Techniques in Parent Training: A Critical Review. Department of Human Development, University of Kansas, 1972.
- 34.- Kanfer S. and Phillips J. Principios del Aprendizaje -- del Comportamiento. Nueva York, México, Trillas, 1976.
- 35.- Kazdin A.E. The Token Economy: A Review and Evaluation. Plenum Press, New York, 1977.
- 36.- Kelly J.A., Laughlin C., Caiborne M. and Paterson J.A. Group Procedure for Teaching Job Interviewing Skills to Formely Hospitalized, Psychiatric Patients. Behavior --- Therapy, 1979, 10, 299-310.
- 37.- Lattal K.A. Contingency Management of Tooth Brushing -- Behavior in a Summer Camp for Children. Journal of Behavior Analysis, 1969, 2, 195-198.
- 38.- Lent J. Modification of Food Stealing Behavior of an -- Institucionalized Retarded Subjet. Working Paper No. 175 Persons Research Center, 1967.
- 39.- Lovitt T.C. Guppy T.E. and Blattner J.E. " The Use of an Freetime Contingent with Fourth Graders to Increase Spelling Accuracy ". Behav Res. and Therapy, 1969, 7, 151-156.
- 40.- Malott R., Tillema M. y Sigrid. En Villareal M.J.C. Fundamentos de la Entrevista Conductual. México, Trillas, 1981.
- 41.- Mares A. and Hick B. Asesoría Conductual Continua: Programa de Intervención Conductual para los Problemas de - Retardo en el Desarrollo, Empleando a los Padres como --

- Los Principales Terapeutas de sus Hijos. Tesis de Licenciatura, E.N.E.P. Iztacala, U.N.A.M., 1981.
- 42.- Martín G.L., Kehoe B., Bird E., Jensen V. and Darbshire M. Operant Conditioning in Dressing Behavior of Severely Retarded Girls. *Mental Retardation*, 1971, 27-30.
- 43.- McDonald M. and Durban M. La Desprofesionalización de la Psicología en el Area de Retardo en una Comunidad Marginada. Tesis de Licenciatura, E.N.E.P., Iztacala, ---- U N.A.M. 1981.
- 44.- Moss G.R. and Rick G.R. Application of a Token Economy for Adolscents in a Private Psychiatric Hospital. *Behavior Therapy*, 1981, 12, 585-590.
- 45.- Nelson G.L., Cone J.D. and Hanson Ch.R. Training Correct Utensil Use in Retarded Children: Modeling us Physical Guidance. *American Journal of Mental Deficiency*, 1975, vol 80, NO.1, 114-122.
- 46.- O'Brien F. and Azrin N.H. Developing Proper Mealtime -- Behavior of the Institutionalized Retarded. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1972, 5, 389-399
- 47.- O'Brien F., Bugle C. and Azrin N.H. Training and Maintaining a Retarded Child's Proper Eating. *Journal of --- Applied Behavior Analysis*, 1972, 5, 67-72.
- 48.- Orozco H. y Salas D. Entrenamiento a No-Profesionales: Un Punto de Vista a la Desprofesionalización de la Psicología. Tesis de Licenciatura, E.N.E.P., Iztacala, -- U.N.A.M. 1980.

- 49.- Pavlov I. Conditioned Reflexes. En Campos L.F. Diccionario de Psicología y Aprendizaje. México, E.C.C.S.A. 1974.
- 50.- Pérez G.A. Psicología Clínica: Problemas Fundamentales. México, Trillas, 1981, pag 43.
- 51.- Premack D. Toward Empirical Behavioral Laws: I Positive Reinforcement, En: Rimm D.C. y Masters J.C. Terapia de la Conducta: Técnicas y Hallazgos Empíricos. México, Trillas, 1974.
- 52.- Premack D. Reinforcement Theory. En Rimm D.C. y Masters J.C. Terapia de la Conducta; Técnicas y Hallazgos Empíricos, México, Trillas, 1974.
- 53.- Reisinger, 1972. En: Modification in the General Hospital Psychiatric Unit. Century Psychology: Series, 1976.
- 54.- Reisman J.M.A. History of Clinical Psychology, Wiley, -- New York, 1976.
- 55.- Ribes I.E. Técnicas de Modificación de Conducta. México, Trillas, 1972.
- 56.- Ribes I.E., Fernández G.C., Rueda M., Talento M y López F. Enseñanza, Ejercicio e Investigación de la Psicología: Un Modelo Integral. México, Trillas, 1980.
- 57.- Rimm D.C. y Masters J.C. Terapia de la Conducta: Técnicas y Hallazgos Empíricos. México, Trillas, 1974.
- 58.- Sarason I.G. Psicología Anormal. Los Problemas de la Conducta Desadaptada. México, Trillas, 1981, pag 209.
- 59 - Schraml W.J., En: Eysenck H.J., Arnold W.W. and Meili R. Encyclopedia of Psychology, New York, A Continuum Book -

the Seabury, 1979, pag 173-175.

- 60.- Skinner B.F. The Behavior of Organisms, En: Campos L.F. Diccionario de Psicología y Aprendizaje. México, ---- E.C.C.S.A., 1974.
- 61.- Spindler E.B., Guess D., García E. and Baer D.M. Improvement of Retardates Mealtime Behavior by Time out Procedures Using Multiple Baseline, Techniques. Journal of Applied Behavior Analysis, 1970, 3, 77-84
- 62.- Stevenson I. Social Reinforcement of Children's Behavior, 1975. En: Rimm D.C. y Masters J.C. Terapia de la Conducta Técnicas y Hallazgos Empíricos. México, Trillas, 1974.
- 63.- Swenson E.W. The Effect of Instruction and Reinforcement on the Behavior of Geriatric Psychiatric Patients, En: Rubin R.D., Festerheim H., Lazarus A.A. and Franks C.M. Advances in Behavior Therapy, Academic Press, New York - and London, 1971, pag 197-209.
- 64.- Vance R.H. Managing Behavior. Behavior Modification: The Measurement of Behavior. H.E.H. Enter Press, Laurence, - 1971.
- 65.- Varela J. y Selington I. Los Trabajos de Tesis y la --- Desprofesionalización: Una Nota para su Comprensión E.N. E.P. Iztacala, Febrero de 1980.
- 66.- Villareal M.J.C. Fundamentos de Entrevista Conductual. México, Trillas, 1981.
- 67.- Tharp R.G. and Wetzel R.J. Behavior Modification in the Natural Environment. New York, Academic Press, 1969.

- 68.- Wagner P. and Sternlicht M. Retarde Persons as "Teacher": Retarded Adolescents Tutoring Retarded Children. American Journal of Mental Deficiency, 1975, vol 79 , -- No. 6, pag 674-679.
- 69.- Wolman B.B. 1965. En: Eysenck H.J., Ardold W.W. and Meili R. Encyclopedia of Psychology. New York, A. Continuum Book the Seabury Press, 1979, pag 173-175.
- 70 - Wolpe J. Práctica de la Terapia de la Conducta. México, Trillas, 1981.
- 71.- Wolpe J. Psychoterapy by Reciprocal Inhibition. En: -- Wolpe J. Práctica de la Terapia de la Conducta. México, Trillas, 1981.
- 72.- Yu D.C.T., Martin G.L. Suthons of Forward Chaining and - Total Task Presentation Formats to Teach Vocational -- Skills to the Retarded. University of Manitoba, Canadá. In Press.
- 73.- Zax and Specter, 1979. En Calderon N.G. El Equipo de -- Salud Mental. Salud Mental Comunitaria: Un Nuevo Enfo-- que de la Psiquiatria. México, Trillas, 1980.