

27-32



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**UN PROGRAMA DE ECONOMIA DE FICHAS EN
2 PACIENTES ESQUIZOFRENICOS CRONICOS:
UN ESTUDIO PILOTO**

T E S I S

Que para obtener el Grado de:
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n :

José Manuel Castrejón Vacio

Gilberto Alfredo Espino González

Director de Tesis:
DR. FEDERICO G. PUENTE SILVA

México, D. F.

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

| | PAG. |
|---|------|
| 1.- INTRODUCCION..... | 1 |
| 2.- MARCO TEORICO..... | 3 |
| 2.1.- ADQUISICION DE LA CONDUCTA ANORMAL | 5 |
| 3.- LA ESQUIZOFRENIA | 10 |
| 3.1.- DEFINICION | 10 |
| 4.- LA ECONOMIA DE FICHAS | 15 |
| 4.1.- PROS Y CONTRAS DE LA ECONOMIA DE -- FICHAS | 20 |
| 5.- OBJETIVO GENERAL | 27 |
| 5.1.- OBJETIVOS ESPECIFICOS | 27 |
| 6.- METODO | 28 |
| 6.1.- SUJETOS | 28 |
| 6.2.- VARIABLES | 30 |
| 6.3.- MATERIAL | 30 |
| 6.4.- ESCENARIO | 33 |
| 6.5.- DISEÑO | 34 |
| 6.6.- PROCEDIMIENTOS | 36 |
| 7.- DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS. | 42 |
| 8.- DISCUSION | 64 |
| 9.- ANEXOS | 69 |
| 10.- BIBLIOGRAFIA | 71 |

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

Uno de los intentos más importantes en la actualidad dentro del tratamiento y rehabilitación de pacientes Psiquiátricos, lo constituye el sistema denominado "Economía de Fichas", que se deriva de la aproximación conductual dentro del campo de la psicología. Representa una aplicación directa de los postulados del análisis aplicado el cual está fundamentado en los principios del condicionamiento operante; donde se analiza la relación entre el comportamiento y los diversos componentes del medio ambiente en el que ocurre la conducta.

El objetivo de la economía de fichas es crear ambientes motivacionales propicios para el establecimiento de conductas funcionales en el tratamiento de diversos problemas dentro del campo de la salud mental, parte del principio de que es posible hacer cambios conductuales siempre y cuando se presenten ciertas consecuencias en el ambiente donde ocurre la conducta. La manipulación de esas consecuencias de las conductas, propicia que se den dichos cambios. La economía de fichas es un facilitador en el manejo de consecuencias por lo que se incrementa la motivación para el cambio de comportamiento. El objeto de ésta es investigar y promover el interés de los sujetos por las cosas que lo rodean, que aprendan nuevas formas de relacionarse e interactuar con la gente, que sepan utilizar cualquier medio de transporte para desplazarse por cualquier punto de la ciudad, que tengan un aseo personal y del lugar donde habitan entre otras.

Utilizando el reforzamiento de conductas socialmente aceptadas y dejando de reforzar las conductas indeseables es posible que los sujetos que carecen de habilidades incrementen éstas, haciendo contingente el reforzamiento con la conducta terminal.

Desde que se comenzó a aplicar la economía de fichas en la década de los sesentas, la literatura internacional ha evidenciado numerosos reportes que muestran los notables beneficios que tiene el utilizar estos procedimientos al promover cambios conductuales significativos.

Los programas de economía de fichas (E. de F.) han sido muy usados para facilitar cambios positivos en pacientes psiquiátricos y ha tenido notables desarrollos en poblaciones tan diversas como infantes, ancianos, y en escenarios tan diferentes como el salón de clases, hospitales, reclusorios, etc., además se han aplicado tanto en forma individual como grupal. Los mayores éxitos que se han obtenido con esta técnica se reportan dentro de ambientes Psiquiátricos y escolares. (KAZDIN, 1982),

Si los programas de E. de F. se aplican en ambientes naturales el éxito de estos es mucho mayor, ya que se pueden mantener con mayor facilidad los cambios obtenidos. También, el reforzamiento y contingencias se presentan de una manera natural y consistente en comparación con los ambientes institucionales.

En el presente trabajo se trató de analizar la efectividad de la técnica de economía de fichas dentro de un ambiente natural con pacientes diagnosticados como Esquizofrénicos Crónicos.

Se tuvo en cuenta para el diseño: la planeación del procedimiento, el análisis funcional de los comportamientos de cada paciente, sus reforzadores potenciales, sobre todo aquellos donde la familia jugaba un papel muy importante, así como las metas de comportamientos. La búsqueda de reforzadores potenciales fué de suma importancia ya que la manipulación de estos permite para potencializar la efectividad de esta técnica.

Estas técnicas son de fácil utilización, demostrada su utilidad, pueden ser aplicados por personal paramédico, trabajadores so --

ciales, estudiantes de psicología, así como por la misma familia del paciente.

Los objetivos de este estudio son evaluar el efecto que tiene la aplicación de la técnica de economía de fichas en la adquisición de conductas adaptativas en pacientes esquizofrénicos crónicos. Así como utilizar los recursos del medio ambiente natural, para el mantenimiento de conductas adaptativas.

MARCO TEORICO

ADQUISICION DE LA CONDUCTA ANORMAL

No podemos decir que exista un consenso generalizado a lo que se considera como conducta "anormal" o "patológica", lo que se considera anormal cambia de lugar a lugar y de época a época, prueba de esto es la existencia de conductas que en determinadas --- culturas se promueven y en otras se prohíben (Sandler, 1977).

El proceso de establecimiento de los convencionalismos, reglas, y patrones que definen a la conducta desviada, ha sido el resultado del interés por explicar y tratar dichas conductas. Este no solamente se da por la impresión que causa lo desacostumbrado, sino que las conductas que se salen de los parámetros de --- normalidad, han obligado a la sociedad a que intente controlar dichos comportamientos. Desde la antigüedad cuando se consideraba indeseable la conducta de un sujeto se le aplicaban varios métodos para intentar disminuir la probabilidad de que algo parecido ocurriera en el futuro.

En la actualidad los estudiosos del comportamiento han desarrollado teorías sobre las causas de tales conductas, así como las formas específicas de remediarla, de tal manera que hoy en día pueden identificarse diversos puntos de vista teóricos, que parten de diferentes conceptualizaciones y que han tenido influencia en el estudio contemporáneo de la conducta considerada como

desadaptada, estas conceptualizaciones difieren en lo que se -- considera como posibles determinantes de la conducta en cues -- tión.

Dentro de la psicología existen varios puntos de vista teóricos sobre la conducta patológica, estos tratan sobre el comporta -- miento del individuo y sus posibles determinantes, y todas per -- siguen el mismo objetivo común de explicar porque la gente ac -- túa y dice lo que dice.

Las teorías del aprendizaje provienen de trabajos realizados -- conforme al método experimental.

Esta orientación considera que la mayoría de las conductas son -- susceptibles de ser aprendidas o alteradas mediante procesos de -- aprendizaje, por lo tanto se enfoca sobre las conductas que han -- de ser aprendidas o las que necesitan aprenderse, haciendo in -- tentos explícitos para ampliar o modificar el repertorio de con -- ductas, más que alterar aspectos de lo que según el modelo mé -- dico subyacen a la persona (Kazdin, 1978).

Pretende ser un enfoque científico de la conducta al tratar de -- establecer leyes generales que enuncien relaciones existentes -- entre los eventos (las conductas) y sus posibles determinantes -- causales, por esto las investigaciones se realizan con observa -- ciones controladas, manejando y controlando todas las posibles -- condiciones antigentes mientras se está manipulando la variable -- independiente y se observan sus efectos sobre el evento en cues -- tión (la variable dependiente).

Los Psicólogos del aprendizaje intentan establecer enunciados -- que expliquen las variables que influyen en la conducta, anali -- zando a ésta dentro de un contexto, se espera que los principios -- queden revelados según se vayan aislando estas relaciones entre -- la conducta, o sus posibilidades de ocurrencia y el ambiente --- donde sucede, a través de la e<perimentación y la observación -- controlada.

Muchos de los principios de este enfoque provienen de las propuestas de B.F. Skinner (1953) quien diseñó un modelo de análisis científico de la conducta humana, el análisis de la conducta debe iniciarse a un nivel relativamente sencillo e ir sistemáticamente hacia lo complejo. Afirma que todas las formas de conducta humana se ven moldeadas e influenciadas por eventos medioambientales, es decir que la conducta es instrumental, en el ajuste de las personas a sus contingencias, por esta razón Skinner las llamó conductas instrumentales. Esto supone a un organismo activo que funciona en el ambiente o respondiendo a él.

Skinner (1953) propone una teoría del aprendizaje ya que el enfoque principal del análisis cae en los cambios de la conducta, que se mide en incrementos o decrementos en la tasa de respuesta, hecho que ocurre principalmente en función de variables específicas. Como resultado de estas investigaciones, se confirman o amplían importantes principios del aprendizaje: reforzamiento, extinción y castigo; que dan base a la formulación de los principales arreglo-consecuencia y sus efectos concomitantes en la conducta. De esta forma se definen operaciones reforzantes a aquellos arreglos que dan como resultado un incremento en la frecuencia de respuesta.

Dentro de este enfoque la clasificación de una conducta como anormal o desviada se basa en juicios subjetivos más que en criterios objetivos (Bandura, 1969; Ullman y Krasner, 1969). El contexto social del individuo que la evalúa, es determinante para considerar a una conducta como aberrante dependiendo del grado de desviación de las normas sociales. Por ello tanto las diferencias en la conducta de los individuos está relacionada con las deficiencias o excesos de la misma, relacionado con la norma del grupo social al que pertenece, con lo que se espera como deseable por el mismo grupo.

Los principios de la teoría del aprendizaje representan las bases conceptuales para el surgimiento de numerosas técnicas en el tratamiento y rehabilitación de las conductas anormales, que conforman el movimiento dentro de la psicología conocido como: "MODIFICACION DE CONDUCTA" de donde se derivan técnicas que parten del supuesto de que es posible establecer programas de análisis íntimamente relacionados con el tratamiento. Al establecer leyes que expliquen la relación que hay entre varios eventos ambientales y conductuales, así como enunciados formales respecto a las causas y cambios en la conducta, será posible establecer e identificar las variables que influyen o provocan dichas conductas en un determinado momento, ubicando así las causas similares que provocan cambios o pautas de desviación homogéneas, además de establecer programas de análisis para tratar dichas conductas. Esto, a su vez, validará experimentalmente las proposiciones y principios enunciados (Kanter y Saslow, 1969).

Para clasificar las conductas desviadas dentro del enfoque de teorías del aprendizaje se utiliza el parámetro de frecuencia; este se basa en excesos conductuales o deficiencias conductuales, las cuales se consideran inadecuadas, siempre y cuando estos excesos o deficiencias se desvíen de las prácticas establecidas por la comunidad. Por lo tanto la ausencia o exceso de conductas, caracteriza a la conducta desviada.

Los anteriores tipos de conducta clasificados en base a su frecuencia pueden ser modificados utilizando los principios de la teoría del aprendizaje, se incrementará la conducta o se generarán otras nuevas según sea el caso.

En este marco conceptual no se consideran a las conductas sintomáticas un resultado del problema en sí, sino como el problema mismo (Kazdin, 1978). Por lo tanto se espera que si una conducta problema particular es alterada en un individuo, otros aspectos de su vida cambien.

Estas características han sido el fundamento de las terapias conductuales, y específicamente de la modificación de la conducta, cuyo objetivo es la modificación o eliminación de conductas inadaptadas y su substitución por alternativas adaptativas. Por lo tanto se trata de una aproximación eminentemente reeducativa, ya que se sostiene la idea de que la conducta anormal o inadecuada que requiere modificación es en sí misma aprendida. Aunque se reconosca que la anormalidad pueda tener diversas bases, se requiere que sus manifestaciones sean tratadas con técnicas activas "aquí y ahora", en un proceso de reaprender y desaprender mediante técnicas de aprendizaje conductual.

Para la modificación de determinadas conductas se requiere no solamente de la administración de reforzadores y castigos, se necesita además, en primer lugar, de un cuidadoso análisis de los patrones iniciales relevantes de la conducta y de la definición objetiva del repertorio terminal deseado, posteriormente se diseña un programa de aprendizaje para la modificación progresiva del repertorio inicial en la dirección del objetivo deseado, mediante el reforzamiento por aproximaciones sucesivas, el reforzamiento incluye reforzadores primarios, generalizados, o sociales. Se tienen además otros dos principios el del castigo y el reforzamiento negativo, donde se presentan polémicas tanto en su efectividad y en los efectos indeseables que estos producen no encontrándose en la actualidad un consenso con respecto a ello. Quienes rechazan los procedimientos aversivos destacan las conductas emocionales indeseables que lo acompañan y quienes lo apoyan ponen condiciones para su aplicación y lo justifican como un mal menor para quitar un mal mayor haciendo analogía con los procedimientos que tienen que utilizar los médicos y dentistas en su práctica (Sandler, 1980).

Además de la planeación del programa de reforzamiento se requiere de la manipulación medioambiental y de propiciar nuevas conductas, por medio del moldeamiento y modelamiento. Por otro lado, partiendo de que determinadas conductas son apropiadas en una situación pero no pueden serlo en otra, se intenta que el entrenamiento abarque la discriminación de las señales medioambientales, mediante la introducción de estas en el tratamiento, facilitando así el aprendizaje y la eliminación gradual de las conductas consideradas inapropiadas o desadaptativas.

La aportación de los psicólogos conductuales dentro del enfoque de modificación de conducta consiste en proporcionar experiencias de aprendizaje que promueven en el paciente conductas adaptativas y prosociales, alterando los eventos que influyen en la conducta. (Kazdin, 1978).

Uno de los procedimientos dentro del campo de modificación de conducta que ha recibido considerable importancia hoy en día, es el uso de "fichas" o "puntos" como reforzadores, a los que se les puede cambiar por una variedad de eventos llamados reforzadores de apoyo. "En una economía de fichas, estas funcionan de la misma manera que el dinero en la economía nacional" (Winkler, 1970). Las fichas son obtenidas por el paciente y se usan para canjearlas por reforzadores de apoyo es decir: alimentos, privilegios, etc., es importante que al diseñar un programa de este tipo se especifique el número de fichas que corresponden por determinada ejecución, así como el valor de estas en el intercambio por reforzadores primarios. También es importante ser consistentes en el uso de dichos reforzadores, así como una adecuada selección de estos para asegurar buenos resultados.

La importancia de estas técnicas en un problema tan complejo dentro del campo de la salud mental como son los comportamientos desviados que se presentan en la "esquizofrenia", radican en el hecho de que estos comportamientos son de gran problemática para quien lo padece. Los teóricos que explican la esquizofrenia son

de diversa índole los cuales se mencionarán más adelante, lo que si recalcaremos es que: "La esquizofrenia constituye un problema delicado y complejo, tanto por su prevalencia como por las -- repercusiones que este padecimiento trae consigo y que afectan -- los intereses del individuo, de la familia y de la sociedad" -- (Puente, 1982); por lo tanto resultarán valiosos y necesarios -- los intentos que se hagan para sistematizar y enriquecer los pro -- cedimientos y las técnicas dirigidas al tratamiento y rehabilita -- ción de este tipo de pacientes.

Hasta la fecha, gran parte de las investigaciones de especialis -- tas en modificación de conducta en esta área de estudio, se han -- llevado a cabo en su mayoría dentro de instituciones psiquiátri -- cas, donde en un principio se enfocó el problema basándose en el -- modelo "médico tradicional", dirigiendo sus acciones únicament -- e a atender la estancia de los pacientes en instituciones de cus -- todia, donde se procuraba solamente satisfacer las necesidades -- biológicas de los pacientes (mantenerlos bien alimentados, ase -- ados, arreglados, etc.), mediante la implementación de programas -- terapéuticos basados en diversas aproximaciones: Psicoanálisis -- Neurobiología, Psicofarmacología, Quimioterapia, Terapia recrea -- tiva, y Terapias ocupacionales, etc.

Diversos autores han planteado la ineficiencia de estos modelos -- (Ellsworth, 1969, Ullman y Wing, 1975) debido a que las institu -- ciones de custodia se encuentran en condiciones precarias y de -- descuido. Al respecto se ha señalado que un paciente internado -- tiene solamente una probabilidad mínima de ser dado de alta y -- regresar a la comunidad después de haber estado dentro de una -- institución mental (Ullman, 1975).

La aplicación del modelo conductual, en un medio ambiente natu -- ral, surge de la necesidad de contar con una tecnología efecti -- va en el tratamiento de los síntomas de los pacientes hospita -- lizados que están incapacitados para funcionar dentro de una --- comunidad. Enfatiza en la rehabilitación de los pacientes, es -- decir, prepararlos para que se desenvuelvan en la sociedad, so --

bre todo en aquellos que más lo necesitan, como es el caso de -- los pacientes crónicos hospitalizados. Ayllón y Azrin (1969) -- señalan que el paciente será aceptado socialmente si muestra las habilidades que le caracterizan como miembro funcional y que no basta con que deje de presentar conductas sintomáticas."

LA ESQUIZOFRENIA

DEFINICION

El D.S.M. III define a la esquizofrenia "como un desorden mental con una tendencia a la cronicidad y cuyo funcionamiento deteriorado se caracteriza por síntomas psicóticos que incluye disturbios en el habla, sentimientos y conducta".

También enlista sus síntomas característicos, dividiendolos en -- cuatro categorías:

- + Delirios: Excepto de celos y de persecución.
- + Delirios de celos y persecución si se acompaña de alucinaciones auditivas.
- + Alucinaciones auditivas repetidas cuyo contenido relata depresión o elación.
- + Desordenes del pensamiento: Incoherencia, pensamiento disgregado e incongruente, pobreza de contenido, etc.

Por otro lado especifica claramente lo que se consideran criterios diagnósticos, entre los que se encuentran:

- La presencia de síntomas psicóticos claros.
- Deterioro de un nivel previo de funcionamiento en las áreas: - laboral, social y autocuidado.
- Signos continuos de enfermedad por lo menos durante seis meses incluyendo la fase aguda.
- Inicio antes de los cuarenta años.

- No se debe a desorden afectivo.
- No se debe a desorden orgánico o de retardo mental.

El problema de la esquizofrenia ha sido entendido a lo largo de la historia de muy diversas maneras: 1) como producto de influencias malignas (teorías demonológicas); 2) como el producto de alteraciones físicas, químicas, biológicas, fisiológicas o anatómicas del organismo y principalmente del sistema nervioso central (teorías organistas); 3) como el producto de conflictos internos en la estructura y/o dinámica de la personalidad (teorías intrapsíquicas); 4) como el producto de ciertas experiencias de aprendizaje (teorías de la conducta) (Quiroga y cols., 1984). Hoy en día la psicología conductual ofrece nuevas alternativas para enfrentar estos problemas.

Las teorías conductuales sugieren que la conducta "esquizofrénica" es resultado de una repetida falla en el reforzamiento. Por esta razón el paciente esquizofrénico no aprende a entender las señales medio ambientales relacionadas con el reforzamiento, especialmente los estímulos sociales a los cuales la gente responde (Ullman, 1975).

Esta falla provoca que el riesgo característico de la conducta esquizofrénica sea la extinción o falta de desarrollo de las respuestas convencionales a los estímulos sociales. Junto a esta carencia, está la adquisición de un repertorio de respuestas muy personalizado, que independientemente de lo inusitado que sea, ha sido aprendido de la misma forma que se aprenden conductas socialmente aceptables y constructivas.

Algunos autores consideran a la esquizofrenia como resultado de una falla en el aprendizaje, partiendo del hecho de que los cambios en la conducta ocurren gradualmente y en respuesta a contingencias del medio. Los enfoques conductistas se basan en el hecho de que la conducta de los esquizofrénicos crónicos se encuentra especialmente reducida; entre estas conductas, se ha encontrado que las ejecuciones varían entre los pacientes esquizo-

frénicos y no esquizofrénicos en tareas que incluyen aprendizaje, percepción y solución de problemas.

Por lo que respecta a las alucinaciones y delirios característicos de este tipo de pacientes, autores como Bandura (1969) consideran que son conductas aprendidas a través del reforzamiento directo de padres desviados.

Por otro lado se considera que las alucinaciones en el esquizofrénico pueden tener un importante valor de estímulo ya que el individuo se encuentra privado de las recompensas que le da el mantener relaciones socialmente significativas; de esta forma, las alucinaciones no lo pueden lastimar y las personas sí.

Se han reportado en la literatura científica investigaciones con pacientes esquizofrénicos enfocadas a conocer el efecto que provoca el ambiente del sujeto en la conducta de éste y el efecto de la conducta del paciente en la familia.

También existen estudios acerca de la influencia del ambiente en los síntomas de los pacientes esquizofrénicos; por ejemplo Brown y cols. (1972) concluyen que un ambiente sobre estimulado, por ejemplo padres que critican mucho a los pacientes o les hacen demandas confusas y complicadas, provocan que se incrementen los síntomas. Por otro lado en medios poco estimulantes (como es el caso de los hospitales psiquiátricos tradicionales) el paciente se torna excesivamente pasivo y apartado (Wing y Brown, 1970).

Este punto resulta particularmente controversial en el sentido de que hay otros autores que por el contrario cuestionan que el mecanismo de institucionalización sea el causante del deterioro que presentan los pacientes cuando viven en situaciones poco estimulantes, otros autores por su parte establecen que este deterioro es más bien resultado de la historia natural del padecimiento.

Se puede decir que como consecuencia de las contingencias en la vida de un paciente esquizofrénico, este es incapaz de adoptar las reglas convencionales de la sociedad, por lo tanto, se considera desde el punto de vista conductual que para cambiar la conducta grotesca, es necesario modificar las contingencias de reforzamiento, es decir, renovar drásticamente el medio ambiente del paciente. El objetivo es desarrollar y controlar las contingencias relacionadas con el proceso de socialización y modificación de sus respuestas extremadamente personalizadas.

Estudios realizados por Creer y Wing (1979) con familiares de esquizofrénicos, reportaron la presencia en la familia de ansiedad, depresión, culpa y enojo respecto a las conductas del paciente. Además de que en general se encuentran confundidos y tensos sobre todo porque es notorio en éste una falta de iniciativa para conversar y ocuparse en tareas productivas. También son notorios, las molestias que le provoca su descuido personal y las conductas disgregadas. Dadas éstas características de las familias de esquizofrénicos, aún no se ha determinado si es causa o efecto, ya que en algunas ocasiones se cree a este tipo de familia causante de esquizofrenia y en otras ocasiones se consideran afectados porque haya un esquizofrénico en la familia. A estos sentimientos que se encuentran presentes en la familia se agrega una gran falta de información respecto a la forma de tratarlo y una preocupación por su futuro. En este mismo estudio se hace énfasis en el gran aprecio que tienen los familiares cuando un profesional busca solución en combinación con ellos.

Stevens (1973) en una investigación similar, haciendo un cuidadoso estudio en el hogar de los pacientes, reporta que la mayoría de éstos viven con otros familiares próximos, con notables deficiencias en sus relaciones con dichos parientes, además de una gran dependencia hacia éstos y poco interés en relacionarse con ellos, se reportan notables dificultades por lo que respecta a la comunicación y falta de iniciativa, lo que motiva preocupaciones de los padres en lo concerniente al futuro de los pacientes.

Varios estudios efectuados por diversos investigadores por ejemplo: Miller, 1965, 1967; Paul, 1969, han identificado cuatro áreas en las cuales los pacientes crónicos hospitalizados presentan deficiencias y excesos conductuales importantes y las cuales deben ser consideradas para cualquier intento de tratamiento (Quiroga H. y cols. 1986). Estas áreas son: 1) Resocialización; 2) Instrumental; 3) Control de Conducta Bizarra; 4) Reintegración Comunitaria.

Los anteriores estudios plantean el problema tan severo que implica el paciente crónico tanto para sí, como para su familia -- dificultando su rehabilitación, ya que por un lado al vivir dentro de su ambiente natural, permanece en el escenario causante de tales conductas y por otro lado, al vivir dentro de una institución mental con carencia de estimulación hacen que se deterioren sus capacidades.

En este segundo aspecto, se ha planteado que las condiciones de -- los ambientes hospitalarios provocan una situación de dependencia y llega a convertirse en un ambiente proteccionista, hasta -- que el estilo de vida institucional desplaza y anula cualquier -- participación del paciente en la comunidad provocando en este -- una falta de actividad y retraimiento (Wing, 1975).

Se ha indicado que el sistema de reclusión y de custodia que impera dentro de las instituciones psiquiátricas tradicionales es en parte responsable de las conductas de dependencia, apatía, -- aislamiento, abandono, etc., en que se encuentran la mayoría de los pacientes (Ullman, 1975). Se ha encontrado que entre mayores el tiempo que permanece un paciente dentro de este tipo de -- instituciones, menores son las oportunidades que tiene para ser dado de alta (Wing y Brown, 1970). En general se afirma que la situación de reclusión conduce más al deterioro de sus pacientes que a su rehabilitación, además de fomentar en estos conductas -- pasivo dependientes, irresponsabilidad y apatía; en lugar de establecer habilidades básicas y funcionales que permitan su reintegración a su comunidad de origen.

LA ECONOMIA DE FICHAS

A partir de la década de los años treinta se sistematizan los principios del condicionamiento cuando psicólogos como Skinner, Hull y Tolman elaboran teorías generales del aprendizaje que --- iniciarían más tarde el movimiento del análisis experimental de la conducta. Hasta a mediados de la década de los cincuenta -- estos principios comienzan a ser utilizados en conductas huma -- nas. Lindsley (1955) estudió con pacientes psicóticos programas de refuerzo en una situación en la cual se trataba una respuesta motora simple, Bijou (1969) hizo lo mismo con niños de lento -- aprendizaje. Este tipo de investigaciones fueron de suma importancia ya que mostraron que la conducta anormal en humanos parecería funcionar de acuerdo a los principios del condiciona ---- miento.

Estos estudios sentaron las bases del movimiento conocido como -- modificación de conducta, que tenía como objetivo no solamente -- tratar conductas simples que podían cambiarse en períodos cortos de tiempo por medio de refuerzos, sino que ahora se pretendían -- establecer conductas más complejas y de relevancia social, tales como aprender a leer, adquirir lenguaje, etc.

Para lograr este objetivo se requería contar con técnicas más -- sofisticadas sobre todo para poder mantener la motivación del -- paciente por períodos más largos de tiempo.

Desde los inicios de la década de los sesenta surgen programas de modificación de conducta en pacientes psiquiátricos y delin -- cuentes, ampliándose la variedad de aplicaciones. De esta forma se sentaron las bases para la instrumentación de nuevas técnicas que permitirán tratar conductas más complejas y sobre todo en -- grupo, originándose la técnica de economía de fichas, principal -- mente con los trabajos de Ayllon y Azrin (1966, 1968) en pacien -- tes psiquiátricos crónicos.

La aportación de esta técnica consistió en utilizar reforzadores generalizados para tratar conductas complejas principalmente dentro del área de resocialización.

En la década de los setentas se incrementa notablemente las aplicaciones de esta técnica en diversas subpoblaciones, por ejemplo a pacientes psiquiátricos con desordenes agudos (Gershone y cols., 1977), síndromes orgánicos (Murphy, 1976), desordenes psicósomáticos (Wooley y cols., 1978) y niños autistas (Hung, 1977).

La economía de fichas también se ha extendido a nuevas áreas de investigación, como medicina conductual (Ferguson y Taylor, 1980), la ecología conductual (Lloyd, 1980), la psicología comunitaria (Glenwick y cols., 1980) y la psicología geriátrica (Hussian, 1981).

En la última década la economía de fichas ha sido tratada en un gran número de estudios comparativos (pej. Bushel, 1978; Paul y Lentz, 1977; Stofelmayer y cols., 1979). También se han estudiado los beneficios potenciales de combinar la economía de fichas con otras técnicas.

Los avances más notables logrados en la aplicación de economía de fichas a gran escala dentro de áreas previamente estudiadas han sido dentro de ambientes psiquiátricos y escolares. (Kazdin, 1980).

Como se mencionó, los programas de economía de fichas aparecen a mediados y a final de la década de los sesentas, estos surgen como una prometedora técnica en el tratamiento y rehabilitación de pacientes psiquiátricos crónicos.

El mayor ímpetu para el desarrollo de estos lo constituyen los trabajos de Ayllon y Azrin (1966, 1968) quienes desarrollaron y evaluaron un programa mediante la aplicación de los principios de reforzamiento en el hospital mental de Anna State de Illinois, emplearon un programa de economía de fichas dentro de un pabellón de mujeres esquizofrénicas, las pacientes tenían una edad promedio de 50 años y un promedio de hospitalización de 16 años, por lo cual presentaban una serie de deficiencias conductuales considerables. En estos estudios se plantearon como metas el reforzar conductas de autocuidado. Para evaluar la efectividad del procedimiento de reforzamiento se uso el diseño A-B-A-B intersujetos, en el cual, la frecuencia de conductas de interés se alternaban con intervalos de reforzamiento y no reforzamiento en las fases consecutivas de tratamiento. Los resultados indicaron que el reforzamiento fue efectivo para mantener las tareas de ejecución dentro del hospital, en comparación con la fase de reforzamiento no contingente con fichas. El reforzamiento contingente fue efectivo para cambiar las preferencias voluntarias mediante la manipulación del número de fichas que podían ser ganadas.

Este programa de investigación inicial fue suficiente para demostrar la eficacia de las técnicas de economía de fichas, lo que dió pie a numerosas investigaciones dentro del campo del tratamiento y rehabilitación de pacientes psiquiátricos crónicos.

Los programas de economía de fichas con pacientes psiquiátricos, se han enfocado en general a entrenar y mantener habilidades dentro de las áreas de:

- + Resocialización, que incluye actividades de autocuidado, interacción interpersonal y de comunicación.
- + Instrumental, que incluye repertorios prevocacionales, vocacionales, laborales y de aseo de la vivienda.

- + Control de la Conducta Bizarra, que incluye el decremento o eliminación de trastornos del pensamiento, de la percepción, del afecto, motores, de las relaciones interpersonales, de la orientación sexual, etc.
- + Reintegración Comunitaria, que incluye repertorios de vida -- independiente, autocontrol, consejo psicológico, terapia familiar y uso de servicios comunitarios, etc.: (Miller, 1975, - 1979; Paul, 1977).

Con frecuencia los programas de economía de fichas se enfocan -- exclusiva o principalmente hacia conductas de autocuidado. Por ejemplo, Attowe y Krasner (1968) indican que las conductas de autocuidado son modificadas notablemente mediante esta técnica. -- Dentro de esta área de tratamiento se han incluido también la -- autoalimentación, ir a la cama a tiempo y rutinas de aseo personal tales como lavado de ropa, rasurado y vestido.

Otros programas se han enfocado directamente a atender la apatía más que a sus efectos generalizados, por ejemplo los trabajos de Henderson y Scoles (1970); ellos desarrollaron un programa con -- pacientes psicóticos basado en habilidades vocacionales y de --- ajuste social. Se reforzaron las actividades sociales, mejoras en conversación superficial, iniciación en contactos sociales, -- conversación con visitantes, así como cuando mostraban control -- y respuestas socialmente adecuadas. Los resultados de éste estudio indican que las respuestas sociales quedaban bajo el control de las contingencias de reforzamiento.

En un estudio similar Shaefer y Martin (1966), trataron de modificar la interacción social. Definieron operacionalmente la -- apatía como la conducta de "estar fijo" sin la concomitante ejecución de una conducta simultánea, por ejemplo conversar. Se -- obtuvieron registros de la conducta de los pacientes, la mitad -

recibieron fichas contingentes con la ejecución de las respuestas relacionadas con la higiene personal, interacción social y desempeño en el trabajo; el resto de los pacientes recibieron fichas no contingentes con la ejecución. Los resultados indican que los pacientes que recibieron fichas contingentes, decrementaron significativamente las tasas de apatía.

Por otro lado, el decremento en la frecuencia de las conductas agresivas se ha considerado como otra meta bastante importante, que se ha integrado dentro de las conductas de cambio social. Steffy y Cols. (1969) describen un programa donde tratan tanto conductas agresivas como regresivas en pacientes mujeres. Como parte del programa se negoció con cada paciente y se realizaron contratos individuales para reducir las conductas agresivas, los resultados indicaron que de nueve pacientes agresivos siete mostraron un incremento en las tasas de productividad y pocos actos de violencia, sin embargo la conducta de seis de ocho pacientes "aislados" no cambio.

En nuestro país se han realizado importantes investigaciones con este tipo de técnicas. A partir de enero de 1979, se viene desarrollando bajo el apoyo del Instituto Mexicano de Psiquiatría, la facultad de Psicología de la UNAM y la Secretaría de Salud, un programa donde se utilizan, sobre todo, la técnica de economía de fichas con pacientes mentales crónicos, dentro de un pabellón del hospital Granja "LA SALUD". Se ha reportado que éstos programas inciden exitosamente en las conductas que se han identificado como altamente relacionadas con la rehabilitación integral del paciente psiquiátrico crónico (Quiroga, 1982, 1982; Ayala; Quiroga, 1984 y Quiroga y cols., 1986).

En el hospital psiquiátrico "Dr. Samuel Ramírez Moreno" dependiente de la Secretaría de Salud se realizó un programa denominado "socialización intensiva" cuyo objetivo fue la rehabilitación de los pacientes en términos de mejorar su funcionamiento -

social dentro del pabellón. En ésta investigación se estudio la importancia del personal no profesional en la implementación de éste tipo de programas. (Dominguez, 1982).

En los estudios revisados se encontraron varios aportes en ambientes Institucionales como: Hospitales, Correccionales, en escenarios dentro de aulas de clase , pero pocos reportes de ambientes familiares, posiblemente esto se deba por el compromiso que implica para el terapeuta ir a los domicilios y lo que repercutirá posiblemente el dejar de ver a varios pacientes por atender a uno, lo que aparentemente haría el tratamiento más costoso, más sin embargo si pensamos que éste tipo de tratamiento lo pudiera llevar a cabo cualquier persona previo entrenamiento, lo que solucionaría el problema costo beneficio, teniendo en cuenta en que el tratamiento sería con más eficacia y eficiencia logrando su objetivo.

PROS Y CONTRAS DE LA ECONOMIA DE FICHAS

En general existen amplias evidencias que apoyan la efectividad de este tipo de técnicas en el tratamiento y rehabilitación de los pacientes mentales crónicos hospitalizados.

En la revisión de la literatura realizada por Kazdin (1971; 1982) encuentra muchos reportes que hablan de los efectos benéficos en la mayoría de los sujetos estudiados, aunque se reporta que no hay cambios significativos en un pequeño grupo de éstos.

En la revisión de Sthal y Leitenberg (1976) se reporta que la técnica es muy efectiva para producir cambios en conductas clínicamente significativas. Mencionan que en todos los estudios realizados se observaron incrementos en altas y decrementos substanciales en el nivel de rehospitalización. Así por ejemplo un estudio realizado por Ellsworth (1969), se encontró que durante el primer año del programa un 71% de los sujetos fueron --

datos de alta y de éste porcentaje sólo un 10% solicitó rehospitalización.

En estudios realizados por Paul y Lentz (1977) se obtuvo casi un 100% de --- efectividad, no sólo en mejorar el funcionamiento de los pacientes, sino tam bién en lograr darlos de alta y mantenerlos dentro de la comunidad.

Estos datos hablan de la gran importancia que tienen estos procedimientos, - sobre todo porque representan una alternativa para el tratamiento de enfer-- mos crónicos dentro de instituciones mentales, en donde se ha reportado como se mencionó, que el ambiente poco estimulante que predomina es causante de - conductas regresivas y deterioro; además de que las probabilidades que tien-- en de ser dados de alta son mínimas y las tasas de rehospitalización altas.

Todos estos beneficios sin duda se deben al gran apoyo que proporcionan éste tipo de técnicas; por un lado el uso de reforzadores tangibles permite evi-- tar la demora entre la respuesta, puede mantener la ejecución durante perfó dos y evita el efecto de saciedad, además de que constituye un incentivo -- único para sujetos que tienen diversas preferencias de reforzadores de apoyo y puede tener un mayor valor incentivo que un reforzador primario (Ferster - y Demyer, 1962).

Por el hecho de ser tangible tiene ventajas adicionales, entre las que se -- encuentran: son portátiles y las puede llevar el sujeto consigo, no hay un - número máximo de fichas que los sujetos puedan poseer, el número de fichas-- es igual al número de reforzadores, son durables, por otro lado facilitan -- el reforzamiento social por parte del personal (Ayllon y Azrin, 1968).

Hoy en día los procedimientos originales han sido mejorados. Hasta la fecha se han acumulado conocimientos que permiten hacer más eficiente éste tipo de tecnología y hacer más duraderos sus efectos. Se sabe por ejemplo que es -- útil seguir la regla que postula: "enseñar solamente las conductas que pué dan continuar siendo reforzadas después de la intervención", de ésta forma - las conductas seleccionadas son aquellas que pueden estar bajo el control --

natural del reforzamiento en el medio ambiente, por eso el conjunto de las conductas que típicamente se toman en cuenta en los programas son las conductas de autocuidado, habilidades manuales, etc., las cuales parten en este criterio, ya que se espera que sean reforzadas por la familia, después de la intervención terapéutica. Por ejemplo en un estudio hecho con niños, se eliminaron gradualmente las fichas y se logró mantener la conducta de cooperación mediante reforzamiento social, Wahler (1969). De la misma forma se han apareado frases verbales y reforzamiento con fichas en algunas investigaciones para apoyar la generalización subsecuente Atthowe y Krasner, (1968). Con el mismo fin se ha aumentado paulatinamente las partes del día en el cual el sujeto permanece fuera del programa, incrementando las actividades de participación comunitaria (Henderson y Scoles, 1970).

Otra de las técnicas utilizadas con el mismo fin consiste en establecer niveles e incluir a cada uno de los sujetos en una determinada etapa, de acuerdo con el repertorio de conducta inicial. Dependiendo de sus mejoras y el sostenimiento en la ejecución pasa a niveles más altos. Los niveles iniciales requieren del desempeño de pocas conductas con pocos reforzadores, al cumplir los requisitos de otro nivel son "ascendidos" y tienen derecho a recibir privilegios adicionales realizando actividades en un nivel mayor, las conductas finales tratadas en estos sistemas se relacionan estrechamente con la demanda de desempeño extra institucional.

La demora de reforzamiento es otra variable que puede tener implicaciones para incrementar la resistencia a la extinción.

Un procedimiento usado para mantener las conductas adecuadas, consiste en aumentar el tiempo de demora entre la respuesta y el reforzamiento con fichas, así como la demora entre el reforzamiento con fichas y el intercambio de fichas por reforzadores de apoyo. Este aspecto es importante ya que en el ambiente natural se encuentran condiciones de reforzamiento demorado, por ejemplo el sueldo, los grados, etc., por esto es deseable entrenar a los sujetos de tal forma que puedan desempeñarse sin recibir recompensa inmediata por su ejecución.

Lo esencial en el programa de fichas es que arreglan consecuencias explícitas y objetivamente descritas para la conducta de los sujetos la meta de --- estos sistemas, es asegurar consecuencias ambientales inmediatas y a través de la recepción de puntos, disminuir el retardo entre la presentación de la conducta o respuesta deseable y su reforzamiento. Si un paciente presenta una conducta socialmente aceptada es reforzado, si su conducta es lo contrario puede recibir consecuencias aversivas. Estos sistemas de reforzamiento con puntos pueden, en poco tiempo disminuir marcadamente las conductas socialmente inadecuadas o incrementar las conductas deseables en pacientes crónicos como una función del sistema de puntos (Ayllon y Azrin, 1966; Shaefer y Martin, 1966; Atthowe y Krasner, 1968; entre otros).

Es importante hacer notar que de las investigaciones que se han hecho, solamente pocas se han enfocado al estudio del impacto de ésta técnica dentro de ambientes naturales. Una excepción de esto lo constituye el trabajo de Kelly y Henderson (1971) quienes desarrollaron programas dentro del hogar de los pacientes. De manera similar, Lentz (1968) trató a varios adolescentes con retardo mental reforzando actividades domésticas dentro de un hogar-modelo construido dentro de la institución. Esto fue un intento para reforzar conductas en situaciones estímulo similares a las condiciones naturales.

Un procedimiento bastante interesante que se empieza a utilizar dentro de este campo, consiste en incluir a los familiares, una vez entrenados en estas técnicas para asegurar que las contingencias conductuales continúen dentro del ambiente natural. En esta línea, algunas investigaciones han reportado éxito con pacientes psiquiátricos (Henderson y Scoles, 1970) y con niños con daño cerebral (Salzinger y Feldman, 1970).

Se ha mencionado que quizás la técnica que resulte más fructífera dentro de los programas de reforzamiento con fichas será el que enfatice un programa dentro del medio ambiente natural (Kazdin, 1980; Patterson, 1966).

Una de las críticas que han tenido este tipo de métodos se refiere al problema de si los efectos benéficos de este tipo de programas, es decir los cambios deseables en la conducta del paciente se mantienen o no cuando se concluye la fase de aplicación de la técnica o cuando el paciente es dado de alta. En este sentido existen controversias tanto a favor como en contra, en relación a la falta de efectos duraderos de los procedimientos. Se ha sugerido que los sistemas de fichas tienen un efecto protésico más que terapéutico, ya que se presentan únicamente los cambios cuando existen contingencias de reforzamiento.

En general los resultados de las investigaciones parecen indicar que los cambios favorables son mantenidos después del tratamiento, aunque no existan muchas investigaciones al respecto (Kazdin, 1982).

Por otro lado autores como Gagnon y Davison (1976) plantean su preocupación de que la relación clara y consistente entre la conducta apropiada y el refuerzo en una economía de fichas no es una representación real del mundo, en donde el refuerzo es más impredecible, demorado y menos disponible. Esto tiene implicaciones muy importantes en relación a que la economía de fichas puede estar enseñando a los pacientes a como ganar fichas más que a interactuar con el mundo, así lo ha planteado Vasta en 1981.

Se ha sugerido también que el uso de reforzadores tangibles pueden tener un efecto paradójico, ya que si conductas tales como asistir a terapia ocupacional o estar ocupado dentro de las actividades del hospital tiene un valor intrínseco para el paciente, pueden perder atractivo cuando se le paga por hacerlo. Autores como Levine y Fasnacht (1974) plantean la posibilidad de que los programas de puntos podían producir efectos negativos y detrimentos en los individuos implicados, ya que el uso de recompensas de puntos (que presenta un valor extrínseco) bajo algunas cir --

cunstances disminuya el interés intrínseco en la actividad recompensada, reduciendo así el nivel original de la conducta después de la terminación de la recompensa (se entiende por valor intrínseco la recompensa que tiene la actividad por sí misma y el valor inherente de ésta). A este respecto Vasta (1981) argumenta, después de revisar algunos estudios, que el debilitamiento del interés intrínseco de la conducta objetivo no es resultado inevitable de los procedimientos típicos de recompensas con puntos, oponiéndose a la posición de Levine y Fasnacht (1974).

La solución a estas diferencias parece ser la posición que plantean algunos autores como Liberman y cols. (1974) al sugerir -- que las fallas en sostener y mantener las mejorías después de -- ser dados de alta o después de concluida la fase de tratamiento, resultaba más de las limitaciones en el nuevo ambiente incluyendo la falla de la familia o de las personas responsables del paciente para reforzarlos apropiadamente.

De ésta forma el marco teórico parece quedar absuelto de las fallas reportadas en la economía de fichas. Esto puede tener repercusiones muy importantes dado que si hacemos más óptima la -- planeación de los programas de economía de fichas, será posible incrementar la eficiencia y la posibilidad de mantener los cambios favorables del paciente. Esto sería posible si se utilizan una serie de recursos destinados a promover mejores resultados, -- por ejemplo como se mencionó, seleccionando únicamente aquellas -- conductas que puedan seguir siendo reforzadas fuera del ambiente de tratamiento, cambiando los reforzadores tangibles paulatina -- mente a reforzadores sociales, enseñando al paciente a reforzarse a sí mismo, exponiendo al paciente al ambiente externo, adies -- trando a la familia y a los trabajadores de la comunidad en mé -- todos para incrementar conductas adaptativas, además de la posi -- bilidad de desarrollar éste trabajo dentro de los ambientes natu -- rales de los propios pacientes.

Después de haber analizado las ventajas reportadas respecto a -- los beneficios que proporciona la economía de fichas, y después de plantear algunos problemas y obstáculos, que algunos autores han hecho notar, surgen nuevas inquietudes que sin duda serán -- abordadas en el futuro por investigadores de la conducta, aspectos que sin duda se encaminarán a la creación de nuevos procedimientos que permitan hacer más eficaz y útil su aplicación.

Estos aspectos que guiarán las futuras investigaciones se enfocarán sin lugar a duda a estudiar lo relacionado con la generalización tanto de estímulos como de respuesta: es decir, a mantener los cambios conductuales cuando no hay reforzamiento contingente, así como extender los efectos a respuestas que inicialmente no se reforzaron. Esto será posible utilizando las técnicas que permitan mantener las ganancias conductuales después del tratamiento, examinando las variables que contribuyen a lograr este mantenimiento y asegurando el uso de contingencias individualizadas, adecuándolas a las diferencias propias de cada paciente; así el empleo de estas técnicas de fichas -- tendrán un alto valor en términos de costo beneficio.

La adquisición de conocimientos que permitan la aplicación de estas técnicas dentro de ambientes naturales es un elemento -- bastante provechoso, ya que como lo han planteado algunos autores, sin duda reporta mayores beneficios en cuanto a que permite mejorar la generalización (Kazdin, 1971; Patterson y Brodsky 1966). También permite tratar al paciente en una fase temprana cuando no sean muy numerosas sus deficiencias conductuales y -- además apoyar a los padres y familiares para trabajar conjuntamente en la solución del problema que representa la conducta -- del paciente dentro de su hogar.

El presente trabajo constituye un intento dentro de esta línea de investigación.

Se pretende mediante la aplicación de la técnica de economía de fichas en ambientes naturales, el incrementar conductas socialmente adecuadas para tratar el problema de estos individuos que tienen un repertorio conductual pobre para que puedan ser aceptados dentro de su comunidad al tener un repertorio conductual más amplio que les permita su integración.

La hipótesis experimental que se plantea en este trabajo es: Si se refuerzan conductas adaptativas en pacientes diagnosticados como esquizofrénicos crónicos, utilizando la técnica de economía de fichas aplicada en el medio ambiente natural, éstas conductas se incrementarán.

Para evaluar ésta hipótesis se plantean los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la efectividad que tiene la aplicación de la técnica de economía de fichas en la adquisición de conductas adaptativas en dos pacientes diagnosticados como esquizofrénicos crónicos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Realizar un análisis funcional de las conductas de cada sujeto con el fin de poder identificar los excesos y deficiencias conductuales para así poder elegir metas terapéuticas (conductas adaptativas) propias de cada paciente.
2. Utilizar recursos del medio ambiente natural al implementar el Programa de Economía de Fichas. Los recursos básicos serían, la participación directa de la familia y la utilización de reforzadores potenciales propios de cada paciente, disponibles en su medio.

M E T O D O

1. SUJETOS

Los sujetos elegidos fueron diagnosticados por un psiquiatra como esquizofrénicos crónicos. Se hizo un análisis funcional de sus conductas y se establecieron las conductas a ser modificadas propias para cada paciente.

SUJETO (1) Edad de 20 años, sexo masculino. empezó a presentar sus problemas hace tres años. Presentando conductas -- problemas como: el abandonar sus estudios, el permanecer acostado durante la mayor parte del día, con poca frecuencia salía de su casa, no respondía a preguntas de cualquier persona (familiar ó desconocida) y su comunicación era limitada. No realizaba conductas de aseo personal, su aspecto era desagradable por lo que con frecuencia era rechazado -- por otras personas, no realizaba ninguna actividad productiva, no cooperaba en tareas domésticas. Era incapaz de -- dirigirse a sitios distantes de su hogar por sí solo, los contactos sociales que establecía eran limitados y en general la familia y sus amigos lo ignoraban, frecuentemente su familia respondía muy inconsistentemente, se le regañaba, -- se le ignoraba, le hacían demandas confusas. Antes de presentar estos problemas, fue una persona con un amplio repertorio conductual: era sociable, se hacía fácilmente de amistades, interactuaba, asistía a fiestas con frecuencia, -- realizaba actividades manuales por ejemplo componer un reloj, el hacer varias artesanías, asistía a la escuela. La pérdida de este repertorio fue paulatina sin ser claras las razones por las cuales se presentaron éstas.

SUJETO (2) Edad de 23 años, sexo masculino, presentaba conductas problema desde hacía dos años, no participaba de actividades domésticas, ni laborales, su comunicación era limitada, cuando se le hablaba algunas veces no respondía y cuando lo hacía era con frases cortas o parafraseadas, permanecía inactivo gran parte del día y no realizaba actividades de tipo físico, con frecuencia consumía drogas, (como cocaína, marihuana, opio, morfina) -- había abandonado sus estudios universitarios. Vivía en casa de sus padres y hermanos quienes, lo regañaban, lo ignoraban a veces, hablaban despectivamente de él a otras personas en su presencia, le prometían consecuencias que no le cumplían, le hacían demandas confusas y con frecuencia salían de viaje dejándolo con algún hermano el cual no le ofrecía ningún cuidado (ni la atención de estar con él) dejándolo en ocasiones solo en su casa o departamento de su hermano. La historia de sus problemas se desconoce porque la familia no daba información, ya que presentaban evasivas al interrogarlos y el paciente no tenía condiciones para hacerlo..

Las conductas que se eligieron para modificarse son:

Para el Sujeto (1)

1. Caminata
2. Baño
3. Uso de Transporte Público
4. Lavado y Cambiado de Ropa
5. Barrer
6. Trapear

Para el Sujeto (2)

7. Caminata
8. Comunicación
9. Actividad Laboral

La definición de estas conductas se encuentra en el rubro de la Variable Dependiente.

2. VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE.- Como Variable Independiente se selecciona el manejo de contingencias apoyado para su aplicación en un sistema de economía de fichas (técnica de modificación de conducta donde se emplean reforzadores de apoyo tales como dulces, cigarros, tiempo libre, etc. para motivar al sujeto a realizar una conducta terminal recibiendo estos reforzadores como una consecuencia de su conducta).

El procedimiento se llevó a cabo en el medio ambiente natural de cada paciente, en el cual intervinieron además del terapeuta miembros de su familia como administradores de la contingencia.

VARIABLE DEPENDIENTE.- Se consideraron Variables Dependientes cada una de las conductas elegidas para ser modificadas en cada uno de los pacientes, éstas fueron seleccionadas de acuerdo a un análisis funcional previo que se hizo en cada paciente, teniendo en cuenta elementos de las cuatro áreas recomendadas por Quiruga y Cols, 1986, Miller 1975, 1979; Paul, 1977. Siendo estas áreas: 1) Resocialización; 2) Instrumental; 3) Control de Conducta Bizarra; 4) Reintegración Comunitaria. Las cuales se deben tener en cuenta en los tratamientos de esquizofrénicos, ya que son éstas las áreas en que más deficiencias conductuales se presentan.

Para el Paciente (1) Las Variables Dependientes fueron:

1. **CAMINATA:** Número de cuadras recorridas al paso de 60 centímetros aproximadamente de abertura entre una pierna y otra, por sesión.
2. **BANO:** Asearse todo el cuerpo en la regadera con el uso de agua y jabón, se anotaba el número de veces que se bañaba entre sesiones.

3. USO DE TRANSPORTE PUBLICO: Trasládarse de un lugar a --- otro, teniendo como finalidad el llegar a un sitio determinado utilizando cualquiera de los siguientes medios: Camión y/o Metro y/o Pesero y/o Trolebus. Se contaba el número de traslados que realizaba -- cumpliendo con la instrucción dada por el terapeuta la cual iba aumentando gradualmente -- en nivel de dificultad.

4. LAVADO Y CAMBIADO DE ROPA: Consistente en quitarse la -- ropa y ponerse prendas lim -- plias, dejando la ropa sucia -- en la lavadora la cual cada -- tercer día lavaba. Se me -- día la secuencia de estas --- conductas o parte de ellas.

5. BARRER: Limpiar el piso con la utilización de una esco -- ba recojiendo y depositando la basura en el bo -- te designado para ello. Se contaba el número -- de veces que realizaba la actividad cuando se -- le había programado.

6. TRAPEAR: Asear el piso utilizando un trapeador húmedo -- enjuagado varias veces. Se contaba el número -- de veces de la realización de la actividad se -- gún el programa.

Para el Paciente (2) Las Variables Dependientes fueron:

7. CAMINATA: Número de cuádras recorridas al paso de 60 -- centímetros aproximadamente de abertura entre

una pierna y otra, por sesión.

8. COMUNICACION: Diálogo entre un terapeuta y el paciente iniciado por el terapeuta, consistente en preguntas y respuestas simples las cuales iban aumentando el nivel de dificultad a medida que el paciente mostraba mayor fluidez en el lenguaje. Los diálogos --- eran de temas variados con una duración - de 30 minutos por sesión midiendose los - intervalos de tiempo en que participaba.

9. ACTIVIDAD LABORAL: La realización de diversas tareas de contabilidad que eran solicitadas -- por un supervisor durante dos sesiones de 3 horas, una por la mañana y la otra por la tarde midiendose según sus desempeño por la apreciación del supervisor en cuanto a la cantidad y calidad de su trabajo en una - escala de 0 a 100.

El criterio de elección de las anteriores conductas fue - el de incrementar conductas de baja frecuencia para el -- sujeto (1) 1. Caminata, 2. Baño, 3. Uso de Transporte -- Público, 4. Lavado y Cambiado de Ropa, 5. Barrer, 6. Trapear. Y para el sujeto (2) 7. Caminata, 8. Comunicación - y 9. Actividad Laboral. Así como de generar conductas que se consideran alternativas a sus excesos o a sus deficiencias como el de la actividad de Caminata.

3. MATERIAL

PLANILLAS DE REGISTRO. Consiste en una tarjeta control para cada paciente, donde se -- anotaban los puntos ganados y -

pérdidos, así como los reforzadores que se intercambiaban por esos puntos (ver anexo No. 2), se utilizó semanalmente.

LISTA DE REFORZADORES DE APOYO. Se elaboró para cada paciente una lista de sus reforzadores potenciales por un muestreo de reforzadores y la observación de conducta de alta frecuencia así como de un cuestionario de reforzadores probables. A cada reforzador se le dió valores de intercambio, es decir el valor en puntos que era necesario conseguir para la obtención de cada reforzador

RELOJ DE PULSO. Se utilizó el reloj de cada terapéuta

4. **ESCENARIO**

En ambos pacientes se aplicó el programa en su medio ambiente natural, es decir el hogar donde habitan, así como de otros escenarios como fueron, las calles próximas al hogar, transportes públicos y los sitios donde se realizaron actividades laborales; el primer paciente * en un comercio y el segundo en una oficina.

" el primer paciente a pesar de que también tuvo la actividad laboral, no se le reportan resultados ya que el supervisor que le registraba era su propio hermano- el cual fue muy inconstante tanto en la entrega de estos como el de llevarlos a cabo).

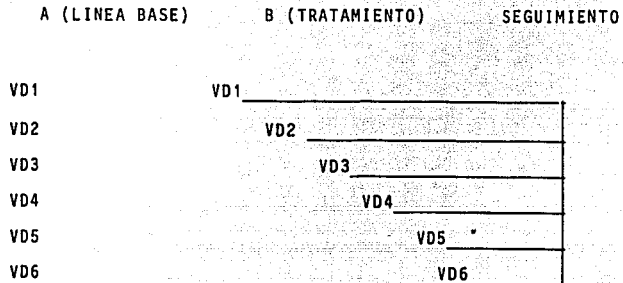
5. DISEÑO

El diseño utilizado fue un diseño AB donde en la fase A se tomó la línea base de las conductas de cada sujeto, la fase B donde se aplicó la técnica de economía de fichas. Es importante el hacer notar que no se hizo reversión por razones de ética profesional, ya que su repertorio conductual previo al tratamiento es muy pobre, no justificando regresarlo a su línea base. El orden como se intervino cada conducta fue diferente en cada paciente. En el sujeto (1) se introducía una nueva conducta cuando la actividad anterior estaba en su óptimo suficiente de su repertorio. Se hizo así -- por lo escaso de su repertorio conductual.

En el sujeto (2) se introdujeron todas las conductas -- simultáneamente debido a que su repertorio conductual era más amplio.

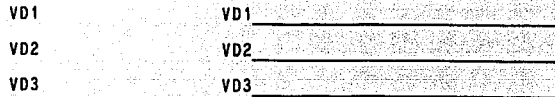
TRATAMIENTO GRADUAL

SUJETO 1



TRATAMIENTO GLOBAL

SUJETO 2



6. PROCEDIMIENTOS

Luego de ser elegidos los sujetos por el diagnóstico de esquizofrénicos crónicos, se hizo un análisis funcional de cada paciente para ver sus excesos y deficiencias conductuales las cuales están mencionadas en la descripción de cada paciente; - se detectaron sus reforzadores potenciales (anexo No. 1) y - se eligieron las conductas a modificar teniendo en cuenta las metas que se querían lograr, incremento, decremento o generar una conducta alternativa a las conductas problema. Las conductas elegidas pueden verse en la descripción de la variable dependiente.

Se tomó un registro diario de la línea base de la frecuencia y/o duración de cada conducta a modificar para cada sujeto --- durante la primera semana.

La confiabilidad del registro se obtuvo por los dos terapeutas tomando el registro de frecuencia de acuerdo a la fórmula:

$$\% \text{ de confiabilidad} = \frac{\text{No.} \langle \text{DE EVENTOS REGISTRADOS} \rangle}{\text{No.} \langle \text{DE EVENTOS REGISTRADOS} \rangle} \times 100. \text{ La --}$$

confiabilidad obtenida entre 80 - 85% en todas las conductas.

Una vez tomada la línea base se aplicó el procedimiento específico para cada paciente correspondiente al manejo de contingencias con apoyo de la economía de fichas.

El manejo de contingencias para el paciente (1) se hizo de la siguiente manera:

Para el programa de CAMINATA se le solicitaba al paciente --- que caminara en compañía de un terapeuta a las calles aledañas a su hogar, previamente se le informó que se le daría un-

punto por cada cuadra caminata mismo que se anotaría en su -- hoja de registro y que se cambiarían posteriormente por reforzadores que seleccionara de acuerdo al costo establecido para dichos reforzadores.

Las sesiones de caminata se efectuaban durante la mañana, diariamente. El terapeuta invitaba al paciente a caminar junto con él, cada vez que recorrían cierta distancia el terapeuta le hacía notar el número de puntos que había obtenido. El -- número de cuadras que se caminaba en cada sesión dependía de que tan cansado se sentía el paciente, una vez que éste expresaba que ya no quería caminar se le instigaba a recorrer --- otras cuadras. Al finalizar la actividad se registraba la -- suma de los puntos adquiridos que posteriormente el paciente intercambiaba por reforzadores de su propia lista.

Una vez que el paciente realizaba la actividad de caminata de una manera regular se procedió a incluir la actividad de BAÑO, la cual se consideró un elemento importante dentro de la fase de tratamiento para su socialización debido a que con frecuencia era rechazado por su aspecto, ya que una persona limpia, con aspecto agradable puede interactuar de una manera más --- fácil.

Para realizar la actividad de baño se le pedía al paciente -- que hiciera los pasos necesarios para bañarse. Cada tercer día se le pedía se bañara indicándole que si estos pasos los realizaba correctamente se le asignarían 50 puntos, mientras el paciente se bañaba se le hacían indicaciones cuando no realizaba de manera correcta alguno de los pasos, para que lo -- ejecutara de manera adecuada, al finalizar la actividad se -- comprobaba que se hubiera enjuagado y secado totalmente. Finalmente se le anotaban el número de puntos ganados y se le hacían las indicaciones del porque había adquirido determina-

do puntaje.

Cuando ya estaba establecida la actividad de baño se incluyó dentro de la fase de tratamiento la actividad de USO DE ---- TRANSPORTE PUBLICO, misma que había dejado de realizar; incluso refería que se desorientaba aún estando cerca de su casa. Esta actividad se consideró de gran importancia ya -- que para vivir en una ciudad como la de México se requiere del desplazamiento de un lugar a otro y el conocer el tipo - de transporte público más adecuado que se debe utilizar.

Esta actividad era realizada cada tercer día y para llevarla a cabo se le informaba con anticipación que había de dirigirse en compañía de un terapeuta a un sitio determinado y que para este fin lo conveniente era utilizar determinado (s) -- tipo (s) de transporte (s), así mismo se le indicaba el costo del pasaje que tenía que pagar, y si era necesario utilizar otros medios de transporte o de transbordar en determinadas estaciones, y otros detalles como el de recibir adecuadamente el cambio, etc., para la realización de esta tarea. Estos mismos pasos se repetían para el regreso a su hogar -- donde se le asignaban determinados puntos que podían ser --- hasta de 50 dependiendo de como cumpliera las indicaciones del terapeuta las cuales iban aumentando de nivel de complejidad a medida que mejoraba su repertorio. Si había incumplimiento de alguna parte de la instrucción dejaba de ganar --- puntos.

Una vez que el sujeto realizaba con cierta frecuencia la conducta de baño y que salía fuera de casa, se hizo necesario -- que se cambiara de ropa, su apariencia personal aún resultaba desagradable pues su ropa estaba desaseada, se decidió -- iniciar el programa de CAMBIADO Y LAVADO DE ROPA solicitándole al sujeto que después de bañarse se vistiera con ropa - limpia y que colocara la sucia en la lavadora y que a su vez

realizara los pasos necesarios para lavarla y secarla, esta secuencia de actividades las realizaba cada tercer día. ---- Cuando el paciente se vestía correctamente con ropa limpia se le anotaban 25 puntos y si además lavaba su ropa se le -- anotaban otros 35 puntos que eran intercambiados posteriormente por privilegios que le eran de su agrado.

En la última fase del estudio se incluyeron las actividades de BARRER Y TRAPEAR, para esto se le asignaba al sujeto una área o superficie donde realizaba dichas actividades, mismas que realizaba en tres sesiones durante la semana. Al inicio se le indicaba la manera en como debería efectuar las tareas y si el paciente efectuaba correctamente éstas se le proporcionaban 25 puntos por cada una; cabe destacar que antes del tratamiento estas actividades las efectuaba sólo de manera -- esporádica, la apariencia del sitio donde habitaba era por -- lo tanto desagradable. El objetivo de incluir estas era el de cambiar el aspecto del lugar donde habitaba, ya que en -- este momento la apariencia personal del sujeto era notablemente mejorada.

Para el paciente (2) el manejo de las contingencias fue de -- la siguiente manera:

Ya que el paciente tenía deficiencias en las actividades de COMUNICACION, CAMINATA Y LABORAL, se estableció el Programa de CAMINATA ya que el paciente permanecía gran parte del --- tiempo inactivo, mostrando poco interés en la realización de ésta, lo cual había repercutido desfavorablemente en su salud física. ya que estaba excedido de peso, además de que el caminar junto con el terapeuta facilitaba la interacción.

Se estableció la realización de esta actividad por las mañanas para facilitar la ejecución de las actividades que posteriormente le eran solicitadas.

La actividad de CAMINATA, COMUNICACION Y LABORAL se hacían diariamente (5 veces a la semana). La primera de estas se iniciaba en el hogar del paciente y tenía que dirigirse a la oficina en donde debía laborar y que se encuentra aproximadamente a una distancia de 3 kilómetros, se le proporcionaban 50 puntos cuando realizaba completamente el trayecto y se le asignaba una parte proporcional cuando sólo caminaba una parte de la distancia. Se le daba un punto por cada cuadra recorrida.

Para evaluar la actividad LABORAL se solicitó a un supervisor previamente entrenado que evaluara con un puntaje de 0 a 100 la actividad que durante las sesiones realizaba el sujeto. Al paciente le eran solicitadas por parte del supervisor diferentes actividades relacionadas con diversas tareas de contabilidad, quien a su vez le explicaba la manera como tenía que realizarlo.

El puntaje que se le asignaba dependía de la cantidad de trabajos que realizaba durante la sesión. Semanalmente se analizaba en conjunto con el supervisor el desempeño que había tenido el paciente anotándole diariamente los puntos obtenidos por la ejecución de esta actividad para posteriormente intercambiarlos por privilegios.

La actividad de COMUNICACION se realizaba durante la tarde posterior a la comida y antes de la sesión LABORAL vespertina. Durante 30 minutos se establecía una comunicación verbal entre el paciente y el terapeuta en donde este último formulaba determinadas preguntas o solicitaba al paciente que hablara sobre algún tema específico, por ejemplo de

fut-bol, drogadicción, sexualidad, intereses personales, su propia historia, etc.

En cada sesión se daba una puntuación que iba del 0 al 50, -- dependiendo del tiempo que permanecía conversando tomando --- como 50 puntos el platicar los 30 minutos de la sesión.

Como se ha mencionado para este paciente se diseño un programa global, todas las variables dependientes se empezaron simultáneamente en las cuales se incluían diversas actividades prácticamente durante todo el día, empezando a las 9:00 horas A.M. la actividad de caminata, de 10:00 horas A.M. a 1:00 P.M. la sesión laboral matutina, de 16:00 a 16:30 P.M. la sesión-- de comunicación y de 17:00 a 19:00 P.M. la actividad laboral-- vespertina.

El propósito de esta estrategia era el de mantener al paciente realizando constantemente actividades para modificar sus -- pautas habituales de conducta.

Cabe hacer notar que el intercambio de puntos por privile --- gios se hacía semanalmente a ambos pacientes y se intercambia -- ban los reforzadores de apoyo de acuerdo a la suma de puntos-- obtenidos por cada paciente.

Luego de establecer las conductas meta se supervisaba tele--- fonicamente a los familiares de los pacientes para ver si es-- taban cumpliendo con el manejo de contingencias las cuales -- ya no eran apoyadas con puntos, además de saber si los logros de cada paciente permanecían y si habían adquirido otros nue-- vos repertorios conductuales como efecto de la generaliza --- ción.

DESCRIPCION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados del presente estudio muestran los efectos que -- tiene la aplicación de un programa individual de fichas en un medio ambiente natural sobre las conductas registradas (VD) que como se ha mencionado son consideradas de gran relevancia para el tratamiento de estos problemas. Estos resultados como se verá, plantean interesantes cuestiones respecto a los efectos que puede tener el utilizar éstas técnicas con pacientes mentales -- crónicos.

El análisis de los resultados en el primer paciente muestra lo siguiente:

En la Variable Dependiente "CAMINATA" se observó un incremento -- considerable en el número de cuadras caminadas al introducir el reforzamiento, en comparación con los niveles iniciales de ejecución observados en la línea base. Este aumento como se puede observar en la gráfica No. 1 se da en forma gradual aunque no de -- una manera estable, ya que de una sesión a otra existen diferencias en cuanto en los resultados aunque siempre mostrando una -- tendencia ascendente. Es importante hacer notar que el "paciente" desde hacía más de un año se encontraba en condiciones de total-inactividad y al principio le representaba un gran esfuerzo físico el caminar unas cuantas cuadras además de que, de una sesión a otra reportaba sentirse cansado o fatigado, sobre todo después de las sesiones en las que realizaba esfuerzo superior a la anterior.

La tendencia ascendente de los puntajes, se observó hasta la sesión No. 45; en la que llegó a caminar 40 cuadras en una sola -- sesión. Posteriormente se observa un notable decremento en la ejecución que coincide con el traslado del paciente a

otro lugar de residencia, cambio que se realizó sin la autorización de los terapéutas, por lo cual se perdió contacto con el paciente durante varios días. El nivel de ejecución y las mejorías obtenidas en las sesiones anteriores bajaron considerablemente, debido que se dejó durante varias sesiones de reforzar esta conducta. Posteriormente una vez reiniciado el programa se registraron ganancias en el número de cuadradas caminadas hasta alcanzar los niveles previos. En general la comparación en el nivel de ejecución de la línea base con la del reforzamiento muestran un incremento en el número de cuadradas que caminó el sujeto misma que tiene de mantenerse durante la fase en la cual la conducta ya no era reforzada.

Lo anterior muestra que a pesar de que el sujeto había permanecido durante un largo período totalmente inactivo, fue posible mantener la actividad en el caso de caminata mediante el uso de reforzadores generalizados, logrando con esto un nivel aceptable de actividad física que facilitó el iniciar la realización de otras actividades.

BAÑO

La actividad de Baño (ver gráfica No. 2) se inició a partir de la sesión No 25 después de haber iniciado la tarea caminata, observándose un incremento en la fase de reforzamiento en comparación con los niveles observados en la línea base. El paciente en la fase de tratamiento se bañó más frecuentemente mostrando una mayor disposición para la realización de dicha tarea, mejoría que mantiene durante las semanas posteriores. Cabe señalar que el paciente al inicio de reforzamiento, cuando mostraba una falta total de aseo personal, su aspecto era poco agradable habiendo rechazo total de los familiares a las cercanías del paciente.

Al igual que en la tarea de caminata, se observó un marcado de-
cremento cuando es suspendido el tratamiento, de la misma forma
es notorio que se da un incremento en esta conducta después de
reiniciar el tratamiento llegando después de varias semanas a
bañarse por sí solo.

El hecho de que el paciente comenzara a mejorar en su aspecto
físico, como resultado de reforzar ésta actividad, fue observado
tanto por parientes como de sus amistades, resultando un elemen-
to que facilitó la interacción social ya que tenía una mayor
aceptación por parte de estos, el cambio en su presencia fue
notable.

"USO DE TRANSPORTE PUBLICO"

Una vez que el paciente pudo realizar las actividades que había
dejado de hacer, tales como el salir, caminar y asearse, se ini-
ció la actividad de Uso de Transporte Público (ver gráfica No. 3)
en la sesión No. 40. Se consideró importante y necesario incluir-
la, dado que al iniciar esta actividad el paciente era incapaz
de trasladarse de un sitio a otro utilizando algún medio de trans-
porte público, además de que tenía dificultades para orientarse
y llegar a un sitio determinado debido a que el paciente había
permanecido varios meses sin salir fuera de casa la mayor parte
del tiempo.

Al inicio de esta actividad de Uso de Transporte Público, se ob-
servó un incremento, el paciente se trasladaba en compañía de un
psicólogo a sitios cercanos (supermercado, museo, tintorería,
hogares de familiares o amigos, y en general sitios donde el su-
jeto pudiera realizar alguna actividad diaria) utilizando al prin-
cipio del tratamiento un solo medio de transporte público. (ca-
mión, pesero, metro, trolebus, etc.).

Conforme las sesiones progresaban era capaz de realizar todos los pasos necesarios para trasladarse, orientarse y llegar a un sitio predeterminado, por sí solo.

Una vez adquiridas éstas habilidades, el paciente comenzó a salir espontáneamente fuera de su casa a visitar a los familiares y --- amigos fuera de los horarios de las sesiones, actividad que desde hacía tiempo no realizaba, llegando a tener un mayor interés en establecer relaciones sociales.

De manera similar a las actividades anteriores, se mostró una disminución en el interés del paciente dentro de ésta tarea cuando es cambiado de domicilio, presentando apatía para salir fuera de casa y realizar las actividades que anteriormente habían sido reforzadas. De igual forma se da un incremento rápido superada --- esta etapa, que se mantiene durante las últimas sesiones del programa en las cuales el paciente se trasladaba diariamente al trabajo sin necesidad de indicaciones y supervisión.

"LAVADO Y CAMBIADO DE ROPA"

En la fase siguiente se reforzaron otras actividades dentro del área de autocuidado que incluyeron: Lavado y Cambio de Ropa, -- (ver gráfica No. 4) en las cuales se notó un aumento en los puntos ganados al introducir el reforzamiento con puntos en comparación con los niveles observados en la línea base.

El reforzamiento de estas actividades dentro del área de autocuidado se inició a partir de la sesión No. 60 observándose un incremento gradual en el número de puntos obtenidos en comparación con los registrados en la línea base, se pudo observar que este incremento fue en aumento conforme progresaban las sesiones, ya que el paciente realizaba con mayor precisión y en menor tiempo dichas actividades.

Al principio era necesario dar instrucciones frecuentemente para que realizara estas tareas, en sesiones posteriores las llegaba a realizar sin que fuera necesario el hacerle las indicaciones correspondientes.

Se pudo constatar por reportes familiares que estas actividades las continuaba realizando una vez que dejaron de ser reforzadas.

Una vez que el paciente lavaba y se cambiaba de ropa se observó una mejoría en su apariencia personal, lo que facilitó una mayor interacción con otras personas.

"BARRER Y TRAPEAR"

Dentro del área Instrumental se contemplaron las tareas de barrer y trapear iniciado su reforzamiento a partir de la sesión No. 75) observándose una diferencia en comparación con la línea base, -- ya que durante el período en que estas conductas se reforzaron -- se da un aumento en el número de puntos que el sujeto obtuvo al realizar con cada vez mayor eficiencia estas actividades.

Se pudo observar en la gráfica No. 5 y 6 que este incremento se da gradualmente y tiende a permanecer en niveles óptimos de ejecución y a diferencia de otras actividades no se observan decrementos notorios en la ejecución de esta actividad.

También puede observarse que en la fase de seguimiento estas actividades se mantienen de una manera regular.

En general se observa en las diferentes gráficas un incremento en el nivel de ejecución de las conductas durante la fase de reforzamiento en comparación con los niveles encontrados en la línea base; estos incrementos tienden a mantenerse, excepto en algunas --

circunstancias como pudiera ser carencia de algunos elementos - para llevar a cabo el programa: interrupción de este, falta de agua, etc., Durante la fase de seguimiento se observa en general que las conductas tienden a mantenerse por arriba de su repertorio inicial a pesar de que tengan como incentivo solamente reforzadores sociales.

En el caso del paciente Número 2, se aplicó el tratamiento en el cual se incluyeron las actividades de "CAMINATA", "COMUNICACION" y "LABORAL"; las actividades que se consideraron relevantes.

Durante la fase previa a la aplicación del programa se observó - que el sujeto Número 2, se mostraba poco dispuesto a conversar - tanto con los familiares como con las personas cercanas, éste -- más bien permanecía callado y manifestaba poco interés en man -- tener una conversación superficial. Así mismo, realizaba poca - actividad física permaneciendo inactivo la mayor parte del día, - razón por la cual se encontraba obeso; con el propósito de man -- tenerlo activo se decidió establecer la tarea de "CAMINATA". -- Por lo que respecta al área "LABORAL", puede mencionarse que el - sujeto ya había trabajado en algunos empleos pero con poco ---- interés y falta de responsabilidad, lo cual originaba preocupa - ción de los familiares respecto del futuro de este; por está --- razón se decidió incluir la actividad "LABORAL", en la que tenía que trabajar durante 5 horas diarias en dos sesiones de lunes a - viernes bajo la supervisión de un Contador Público, el cual prg - viamente entrenado, evaluaba diariamente el desempeño del pacien - te con una calificación de 0 al 100, en las tareas que le eran -- asignadas. El objetivo de este sistema global era eliminar di -- rectamente la apatía que presentaba y promover conductas social - mente adecuadas.

Los resultados obtenidos en este sujeto muestran que existen un - aumento en los puntos obtenidos en el inicio del programa, con -

ganancias manifiestas, pero es notorio un gradual decremento en su ejecución en sesiones posteriores, el cual coincide con aspectos no previstos, que surgieron en el transcurso del programa --- como son: las dificultades familiares, la falta de adherencia al tratamiento, la falta de interés y ausencia por parte de la familia y del paciente, entre otras.

"CAMINATA"

En la fase previa a la aplicación del programa se observó que el sujeto realizaba con poca frecuencia esta actividad (gráfica No.

7), mostrando dificultades para levantarse y caminar, permaneciendo inactivo la mayor parte del día, una vez iniciada la fase de tratamiento se observó un ligero aumento en esta conducta, --- durante las mañanas. Al principio caminaba pocas cuadras y se -- fatigaba fácilmente. Se observó durante las primeras sesiones un aumento constante en el número de cuadras caminadas, posterior -- mente en el transcurso del tratamiento era capaz de caminar una -- mayor distancia. Es importante hacer notar que comenzó a bajar -- de peso como resultado de esta constante actividad, hecho que de -- forma similar al anterior paciente, fue notado por sus familiares los que mencionaron que notaban al sujeto más activo y con mayor -- interés en otras actividades del hogar, por ejemplo regar el jard -- ín, lavar el carro, actividades de aseo, arreglo de ropa, etc. -- Durante la etapa inicial de tratamiento el paciente presentaba -- gran disposición para ejecutar ésta actividad, sin embargo este -- interés no se mantiene en las sesiones posteriores, donde el pa -- ciente únicamente se limitaba a caminar determinada distancia --- para llegar al lugar de trabajo; se observa un decremento en el -- número de cuadras caminadas.

En la sesión No. 30 se observa una disminución en la ejecución, -- ya que el paciente fue hospitalizado debido a un intento de sui -- cidio después de una fuerte discusión con los familiares. Al sal -- ir del hospital, se registró un incremento temporal en el desem --

peño, pero posteriormente se observa en esta gráfica una tendencia a bajar en el rendimiento y poca disposición para realizar esta actividad, pretextando que se encontraba fatigado o enfermo. Se observan niveles de ejecución que coinciden en las semanas en que los padres se encontraban de viaje, el paciente no se presentaba en las sesiones o no realizaba las actividades requeridas. Posterior a esto los padres le plantearon al sujeto que le retirarían todo tipo de apoyo si no ponía interés en apearse a las normas del programa, posterior a esto se registró una mejoría que fue temporal en el número de cuadras caminadas.

"COMUNICACION"

Los resultados de la actividad de "comunicación" son mostrados en la gráfica No. 8 en la cual se presenta un aumento en la ejecución al iniciar el reforzamiento en las que aumentó en comparación con los niveles observados durante la fase de línea base, aumento que tiende a mantenerse durante algunas semanas, en las cuales demostró interés en conversar y comunicarse sobre diversos temas: sus gustos, su familia, sus planes, etc., actividad que inicialmente no realizaba; éste cambio favorable fue notado por los familiares quienes lo reportaron a los terapeutas.

En sesiones posteriores se registró un marcado decremento en los puntos obtenidos y a pesar de que el paciente conversaba durante las sesiones de "comunicación", se mostraba evasivo y limitado en sus respuestas. De manera similar se registra una marcada disminución en los niveles de su ejecución durante las semanas en que los padres estuvieron de viaje, presentándose posteriormente un ligero aumento cuando se encontraba en el hospital.

Puede observarse en la gráfica de esta actividad una tendencia decreciente, resultado de la falta de interés mostrado por el paciente en participar en el tratamiento.

"LABORAL"

En el área "laboral" (gráfica No.9), los resultados muestran un factor muy similar a las actividades de caminata y comunicación, es decir, un incremento al inicio de la fase de tratamiento en comparación con los niveles de la línea base, los cuales se mantienen durante algunas sesiones y un gradual decremento en las posteriores. Acentuado en las situaciones donde surgía conflictos familiares. Los puntos obtenidos durante la sesión matutina en comparación con la vespertina muestra que aunque hay una correlación entre ambos, se encuentra siempre un nivel menor --- durante la tarde, lo que puede ser atribuido al efecto de fatiga, el paciente era capaz de un rendimiento mejor durante las -- primeras horas de trabajo.

En general los registros de estas tres actividades señalan que -- durante las primeras sesiones se dan ganancias conductuales, sin embargo se registran decrementos cuando surgen ausencias de los padres, discusiones y problemas entre el paciente y la familia.

Estas situaciones deberán ser consideradas cuando se aplique --- esta técnica en ambientes naturales.

Cabe mencionar que no fue posible establecer la etapa de segui-- miento debido a que el tratamiento se suspende una vez que el -- sujeto decide abandonar el hogar después de nuevas discusiones y dificultades con los familiares.

Una comparación intersujetos de los resultados obtenidos, indi-- can marcadas diferencias en los niveles de ejecución y aunque -- en ambos se observa un incremento inicial que se mantiene du --- rante algunas semanas, éstas ganancias se sostienen y se incre-- mentan a largo plazo en el caso del paciente (1) y se decremen-- tan gradualmente en el caso del paciente (2).

Respecto a la intervención de las familias, se puede mencionar que ambas tenían en común una falta de conocimientos en lo referente al manejo adecuado del problema, una preocupación constante por la situación del sujeto, además de mostrar excesivas demandas, molestias y enojos respecto a la conducta sintomática, principalmente en lo referente a la apatía, la falta de conductas socialmente adecuadas, y la responsabilidad mostrada por los sujetos.

La participación mostrada por los familiares se relaciona de alguna manera con el desempeño del sujeto; en el sujeto número --- (2) fue notorio que las disminuciones en su rendimiento se observaron cuando la familia mostraba poco interés para con el paciente o cuando las presiones o dificultades con este eran marcadas. En el caso del paciente número 1) sucede algo similar cuando es trasladado de domicilio, registrando un decremento en su ejecución, a pesar de esto la familia de este sujeto demostró un mayor interés y participación en apoyar tanto al paciente como al programa, elemento que influyó probablemente en los resultados positivos registrados con este caso.

En ambos pacientes se trató de individualizar la aplicación de la técnica, es decir, tratar de una manera específica las deficiencias mostradas en cada sujeto y de promover aquellas conductas funcionales para cada paciente. Asimismo se aplicaron las diferentes actividades en forma distinta para cada sujeto, en uno se aplicaron de manera global y en otro de manera gradual.

Para la aplicación gradual del programa con el primer paciente, se fueron incluyendo nuevas actividades dependiendo del nivel de ejecución mostrado, de tal forma que las demandas del programa eran determinadas por los avances registrados. Por otro lado, en el paciente (2), el programa se aplicó de una forma global, lo cual le exigía una actividad constante durante la mayor parte

del día, éste sistema pudo haber tenido un efecto aversivo o impositivo, ya que las tareas le presentaban un gran esfuerzo a diferencia del paciente (1).

Un aspecto en donde se marco una diferencia que pudo haber influido en los resultados, se refiere al valor incentivo de los reforzadores, dado que el paciente (2) contaba con mayores privilegios en comparación con el primero, debido a que los amigos y familiares le proporcionaban los medios para conseguir los diferentes tipos de reforzadores fuera del programa, al parecer los privilegios proporcionados no representaban el valor incentivo que tenían para el paciente (1), quién únicamente podía contar con estos cuando los ganaba al realizar las actividades requeridas. Otra diferencia consistió en que el paciente (2) era usuario de drogas, las que eran proporcionadas por los amigos, lo que provocaba cambios manifiestos en su comportamiento.

La respuesta de cada paciente fue diferente al implementar el sistema de fichas, como se ha relatado, en el caso del paciente (2) se observó a lo largo del programa que no mostraba interés en las relaciones interpersonales, el reforzamiento verbal y la retroalimentación, las que no llegaron a tener un efecto positivo; contrario a lo observado en el paciente (1), esto hace suponer que un elemento importante en los resultados de una economía de fichas es la relación que se establece con el paciente y que aquellos que respondan positivamente al reforzamiento social tendrán un mejor pronóstico.

La aceptación del sujeto al ser incluido dentro del programa, es otro factor que influye en los resultados, el paciente (1) mostró disposición desde el inicio, en el caso del sujeto número (2), no lo aceptó en su totalidad y en ocasiones se mostraba en desacuerdo.

De lo dicho anteriormente se puede plantear que las variables que pudieron influir favorablemente en los resultados son las siguientes: la aplicación gradual del programa, la participación de la familia, la interacción social que se estableció, el reforzamiento natural por parte de personas cercanas, la retroalimentación constante, y las oportunidades de estimulación ambiental entre otras.

Asimismo, el fracaso en la aplicación de un sistema de economía de fichas pudiera estar relacionado de alguna forma con las deficiencias sociales del paciente, además de la falta de interés de éste por participar en el programa, lo que hace que pueda resultar difícil obtener resultados exitosos con este tipo de pacientes, razón por la cual se hace necesario de una cuidadosa planeación y seguimiento del programa. Otro elemento que se debe considerar, son los cambios ambientales imprevistos que surgen a través del desarrollo de éste, ya que en ambos pacientes pudo observarse una correlación de éstas con los resultados negativos obtenidos, lo que plantea la necesidad de establecer un contacto estrecho con los familiares, de tal forma que colaboren conjuntamente, teniendo especial cuidado en las reacciones del paciente a los cambios que surgen, sobre todo en lo que se refiere al riesgo de suicidio, hecho que diversos autores han planteado (Tsuang, 1983; Brier y Cols., 1984).

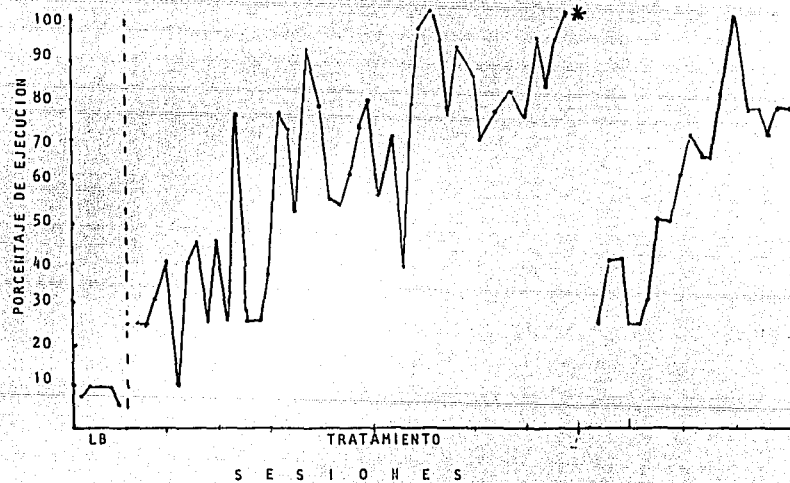
Un hecho que también puede tener gran importancia clínica y social se refiere a los efectos adversos provocados por la sobreestimulación que surge en pacientes que muestran poca socialización al incluirlos en el programa. A este respecto Wing y Brown (1975) establecen la hipótesis de un ambiente social poco estimulante resulta poco terapéutico para el paciente, lo que provoca apatía y aislamiento, pero también la sobreestimulación es antiterapéutica, por lo tanto cuando se realiza un programa deberá considerarse el establecimiento gradual de las tareas y demandas requeridas en este, adecuándolas a los avan-

ces obtenidos y de esta manera ir aumentando gradualmente la complejidad de las actividades hasta alcanzar los objetivos terapéuticos programados, haciéndose necesaria la cuidadosa planeación de las diferentes etapas del programa sobre la base de las deficiencias conductuales que el paciente manifiesta. Un ambiente positivamente estructurado, no así uno intensivo, maximizan las conductas sociales y minimizan las conductas sintomáticas, la posibilidad de establecer estos elementos lo proporciona éste tipo de técnicas individualizadas si se adecua el programa a las características de cada paciente.

Las variables mencionadas son elementos que pueden explicar las diferencias en cuanto a los resultados observados en el programa y tanto los factores a favor como los adversos se deben considerar para la planeación y aplicación de ésta técnica.

GRAFICA No 1

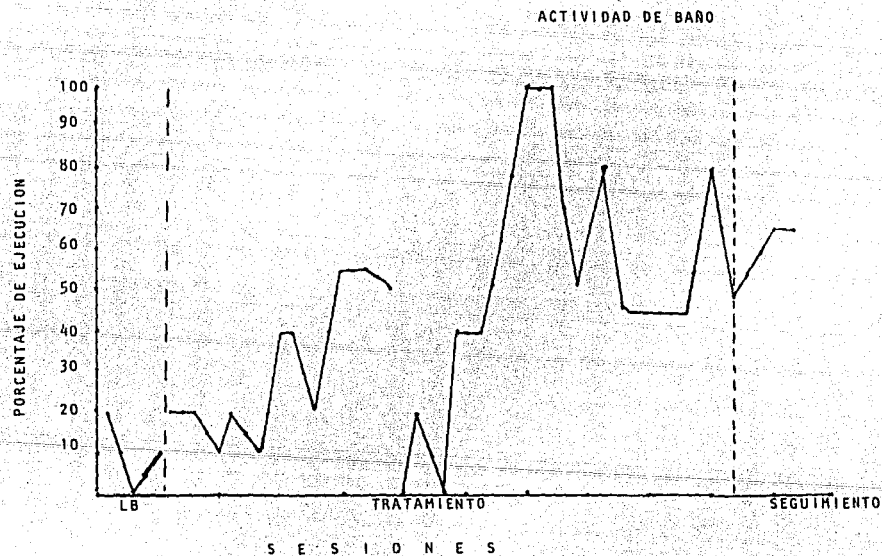
ACTIVIDAD DE CAHINATA



SUJETO No 1 ; NUMERO DE CUADRAS CAMINADAS POR SESION

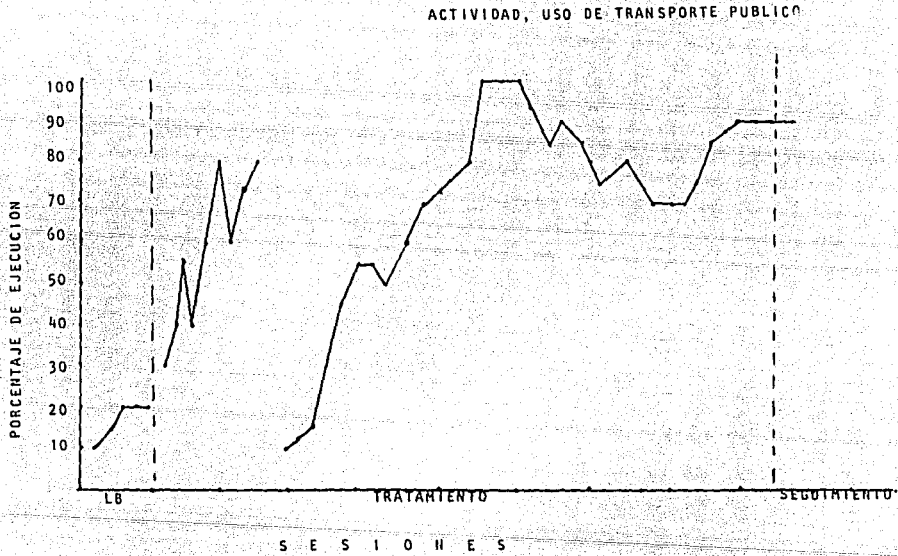
* Interrupción de tratamiento

GRAFICA No 2



SUJETO No 1 ; PUNTOS OBTENIDOS EN LA ACTIVIDAD DE BARO POR SESION

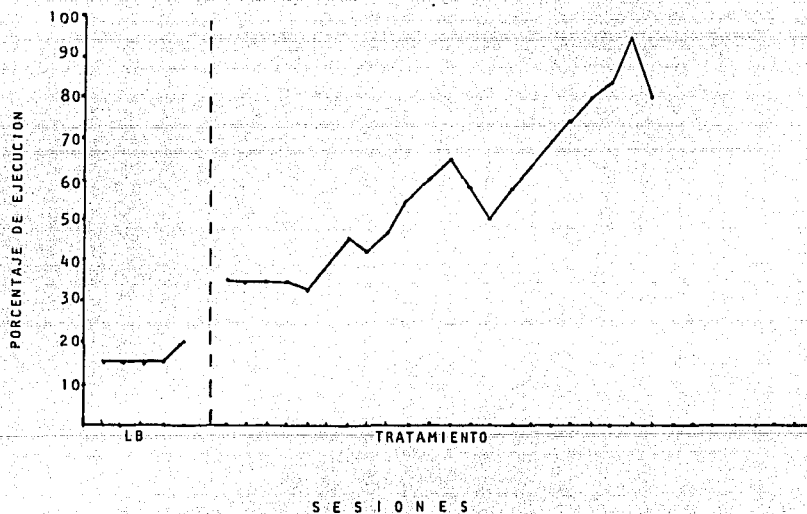
GRAFICA No 3



SUJETO No 1: NUMERO DE PUNTOS OBTENIDOS EN LA ACTIVIDAD DE TRANSPORTE PUBLICO

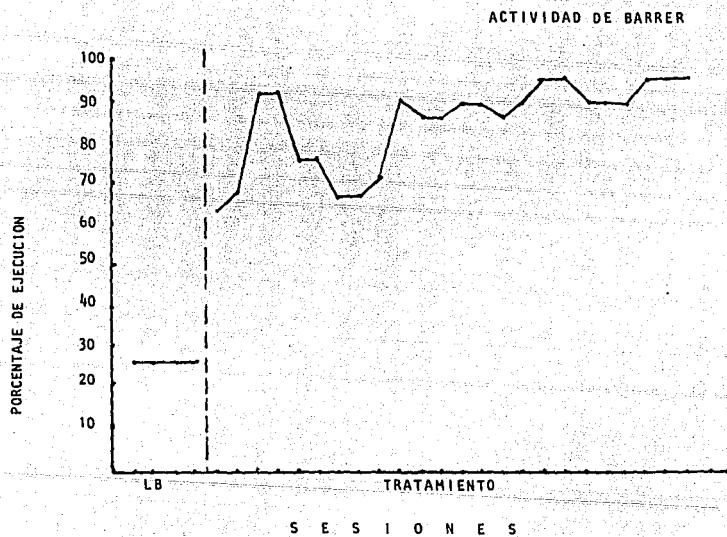
GRAFICA No 4

ACTIVIDAD DE LAVADO Y CAMBIADO DE ROPA



SUJETO No 1 ; NUMERO DE PUNTOS OBTENIDOS POR SESION EN LA ACTIVIDAD DE LAVADO Y CAMBIADO DE ROPA.

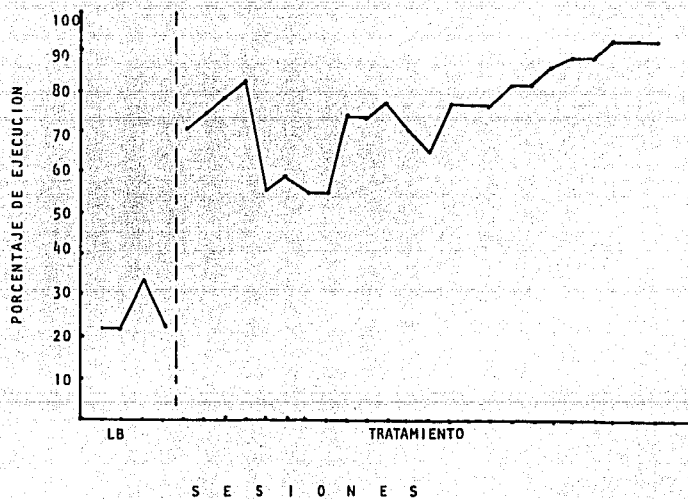
GRAFICA No 5



SUJETO No 1 ; NUMERO DE PUNTOS OBTENIDOS POR SESION EN LA ACTIVIDAD DE BARRER

GRAFICA No 6

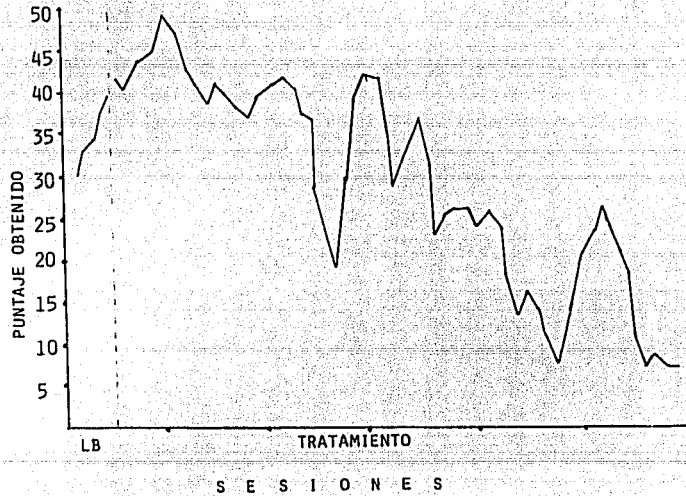
ACTIVIDAD DE TRAPEAR



SUJETO No 1 ; NUMERO DE PUNTOS OBTENIDOS POR SESION EN LA ACTIVIDAD DE TRAPEAR.

GRAFICA NO 7

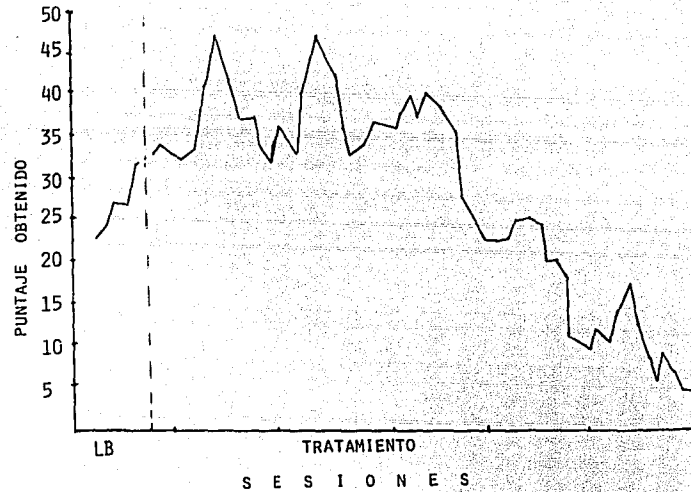
ACTIVIDAD DE CAMINATA



SUJETO # 2 NUMERO DE CUADRAS CAMINADAS POR SESION

GRAFICA NUM 8

ACTIVIDAD DE COMUNICACION

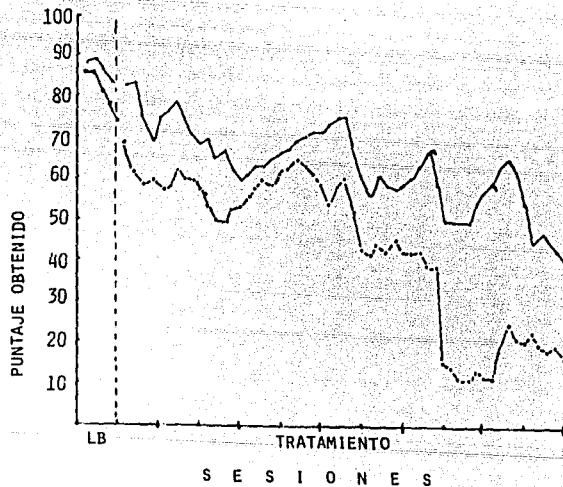


NUMERO DE PUNTOS OBTENIDOS POR SESION EN LA ACTIVIDAD DE COMUNICACION
PACIENTE NUMERO 2

GRAFICA NO 9

ACTIVIDAD LABORAL

— MATUTINA
- - - VESPERTINA



NUMERO DE PUNTOS OBTENIDOS POR SESION EN LA ACTIVIDAD LABORAL EN LAS
SESIONES MATUTINA Y VESPERTINA, PACIENTE # 2

D I S C U S I O N

La conducta de los seres humanos ocurre en estrecha relación con el ambiente y a su vez ésta opera sobre el medio para cambiarlo, tal situación hace posible que se pueda modificar la conducta y de ésta manera establecer cambios en el comportamiento patológico, promoviendo con ello la readaptación de Pacientes Psiquiátricos, hecho que puede ser posible mediante la utilización de técnicas conductuales, entre ellas, la economía de fichas que favorece de alguna forma la reintegración social del Paciente, facilitando con esto que se integre como un miembro funcional a la sociedad, donde existen reglas y normas a las que toda persona tiene que ajustarse.

La posibilidad de llevar éstos procedimientos, que durante años han sido utilizados en ambientes hospitalarios, hasta en el mismo escenario donde surgieron las conductas desviadas, puede facilitar el establecimiento de cambios tanto en el ambiente como en la conducta para coadyuvar de ésta forma en el tratamiento de éstos problemas, lo cual reviste una gran importancia clínica si consideramos la falta de alternativas eficientes en el tratamiento de éste tipo de pacientes psiquiátricos.

La aplicación de ésta técnica en forma individualizada dentro de un ambiente natural fue el objetivo de la presente investigación, que a pesar de ser un estudio exploratorio con solamente dos pacientes, ofreció a lo largo de la investigación, descubrimientos que permiten extraer puntos de vista interesantes para la realización de subsecuentes estudios.

El diseño de un programa individual, asegura la efectividad de los resultados siempre y cuando se haga una cuidadosa planeación, aplicación y seguimiento de las actividades, reforzadores y situaciones ambientales; realizando los ajustes necesarios en base a los resultados que se van obteniendo. Los programas de

tratamiento individual, por su propia naturaleza, deberán diferir para cada paciente ya que para obtener beneficios tendrán que --- adaptarse a tratar problemas particulares, lo que produce diferencias en los diseños, incentivos y longitud del tratamiento para cada paciente. Pudiera mencionarse que la falta de respuesta del paciente a un programa de economía de fichas es una característica del programa, más que el individuo.

En este estudio se observó que las diferencias en el nivel -- de ejecución tiene que ver con las diferencias individuales, la - participación de la familia y el procedimiento para la aplicación de la técnica.

La utilización de ésta técnica en ambientes naturales posibilita que puedan obtenerse beneficios en el tratamiento de conductas consideradas como sintomáticas, además de ganancias en conductas socialmente adecuadas en un plazo relativamente corto, sobre los objetivos terapéuticos planteados previamente, y de ésta forma lograr la adaptación de los pacientes a su medio ambiente - familiar y social como miembros funcionales.

Esta posibilidad puede ser real si se considera un adecuado - control en las distintas variables que intervienen en el programa, para lo cual será necesario considerar como elementos fundamentales la correcta planeación y aplicación, así como la adaptación de las técnicas a las características individuales de cada - paciente, además de considerar la debida participación de los familiares en el programa. La cuidadosa atención a las diferencias - individuales en la respuesta al programa facilita el obtener mejores resultados.

Es necesario tomar en cuenta, que para mantener los cambios - conductuales dentro de un ambiente natural se debe considerar que en las variables diseñadas se promueva la generalización de con -

ductas, para asegurar que estas se mantengan en otras actividades y en otros ambientes; para esto se deberá establecer un diseño -- acorde al repertorio conductual de cada paciente considerando que la conducta quede bajo control de los reforzadores naturales. De esta forma se puede propiciar un ambiente terapéutico eficiente.

Entre las variables que tuvieron un impacto favorable en el programa se identificaron: la implementación del sistema en una forma gradual, la retroalimentación, la adecuación de las actividades a las carencias conductuales observadas, la programación -- y planeación de las contingencias y privilegios aplicados, de -- tal suerte que resulten atractivos para el paciente; motivando -- de esta manera su participación en las diversas actividades establecidas. El entrenamiento de los padres en el adecuado manejo -- del paciente. Permite involucrarlos en el tratamiento de los problemas junto con los especialistas.

Por otro lado se identificaron variables que tuvieron un efecto negativo en el desempeño del programa, tales como las situaciones imprevistas que surgieron a lo largo de la aplicación, las dificultades familiares, la falta de continuidad del programa y -- la falta de apoyo de los familiares hacia éste. Se debe considerar que en pacientes crónicos es necesario no hacer cambios bruscos en las contingencias ambientales, el cambio debe ser gradual, ya que como se observó en ambos casos, éstos cambios provocan un decremento en las ganancias conductuales obtenidas, manifestándose nuevamente síntomas de aislamiento, falta de comunicación, y -- un regreso al estado inicial; hecho que se supera rápidamente una vez que se establece el programa.

En pacientes mentales crónicos que presentan conductas agresivas, de aislamiento y que no responden favorablemente al reforzamiento social, se dificulta el tratamiento, por lo tanto es necesario incluir técnicas auxiliares que faciliten esta tarea entre ellas: costo de respuesta, tiempo fuera, reforzamiento negativo, --

etc. Por el contrario puede afirmarse que si el paciente responde favorablemente a los reforzamientos sociales y muestra interés por relacionarse con otros, tiene un mejor pronóstico en los resultados que pudieran obtenerse del tratamiento.

Es importante mencionar que el empleo de un programa en ambientes naturales trae consigo ventajas ya que facilita la generalización tanto de estímulos como de respuestas, hecho que se dificulta dentro de instituciones hospitalarias, donde se tiene que planear la transferencia de las ganancias conductuales al medio ambiente natural y se debe planear cuidadosamente el mantenimiento de las conductas esperadas, mediante un cuidadoso desvanecimiento de los reforzadores; cuando el paciente es dado de alta, pueden presentarse en algunos casos una recaída, su empleo en el ambiente natural aumenta la posibilidad de superar éste problema. Por otro lado, puede afirmarse que el hogar del sujeto es un escenario con más elementos de estimulación físicos y sociales, -- con los que el paciente puede estar en continuo contacto.

La adecuación de un programa dentro de un ambiente natural -- puede evitar las consecuencias negativas que tiene el aislar al paciente dentro de instituciones de custodia. También permite -- que los éxitos sean mayores en comparación con el ambiente hospitalario, debido a que proporciona mayores elementos que facilitan el surgimiento de conductas más apropiadas además de una mejor selección de los reforzadores, lo que hace posible el establecimiento de actividades que resultarían difíciles de aplicar dentro de instituciones, como por ejemplo: el uso de transporte público, actividades laborales, comunicación, entre otras.

La economía de fichas incorpora elementos favorables dentro del ambiente que traen consigo mejoras en las conductas sintomáticas, el pago con reforzadores tales como fichas o puntos ofrece una estructura tangible para proporcionar aprobación social -- ya que es dada con la precisión requerida y de manera continua --

puede ofrecer un correcto grado de estimulación tanto social como física. En éste sentido pudiera afirmarse que la economía de fichas no es el elemento único y fundamental del tratamiento, sino que posibilita una interacción constante y adecuada que incluye reforzamiento y aprobación.

Finalmente se considera que el empleo de éstas técnicas de tratamiento individuales, aplicadas en el contexto de ambientes naturales, puede ser una perspectiva interesante y novedosa dentro del campo del tratamiento y el estudio de problemas de conducta, pudiendo con esto enriquecer el campo de las actividades profesionales que el psicólogo realiza.

A N E X O 1

LISTA DE REFORZADORES

| ARTICULO | VALOR EN PUNTOS | CANTIDAD |
|----------------|-----------------|----------|
| REFRESCOS | 20 | 1 |
| GOLOSINAS | 2 | 1 |
| CIGARROS | 5 | 1 PZA. |
| VER T.V. | 20 | 2 HRS. |
| ESCUCHAR RADIO | 10 | 1 HRS. |
| POSTRE | 20 | 1 PZA. |
| PLATO EXTRA | 25 | 1 |
| CAFE | 10 | 1 TAZA |

BIBLIOGRAFIA

ATTOWE, J. M. & KRASNER, L. TOKEN ECONOMY IN A PSYCHIATRIC WARD. JOURNAL OF ABNORMAL PSYCHOLOGY. 1968, 73, 37-43.

AYALA, H. E., CÁRDENAS, L.G. RODRÍGUEZ, B.M. UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS, SALUD MENTAL. 1982, 5:1.

AYLLON, T. & AZRIN, N.H. THE MEASUREMENT AND REINFORCEMENT OF BEHAVIOR IN PSYCHOTICS. JOURNAL OF EXPERIMENTAL ANALYSIS OF BEHAVIOR. 1965, 8, 357-283.

AYLLON, T. & AZRIN, N.H. . THE TOKEN ECONOMY. NEW YORK APLETO-CENTURY-CRAFTS, 1968.

BAKER, R.D., HALL, J.N. & HUTCHINSON, K. A TOKEN ECONOMY PROJECT WITH CRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 1974. 124, 367-384.

BANDURA, A., PRINCIPES ON BEHAVIOR MODIFICATION. NEW YORK: HOLT, RINEHART, & WINTON, 1969.

BARKER, HALL, HUTCHINSON Y BRIDGE. SYMPTOM CHANGES IN CHONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS ON A TOKEN ECONOMY: A CONTROLLED EXPERIMENT. BRIT J. PSYCHIAT. 1977, 131, 381-93

BIJOU, S.W., PETERSON, R.F., METHODOLOGY FOR EXPERIMENTAL STUDIES OF YOUNG CHILD IN NATURAL SETTINGS. PSYCHOLOGICAL RECORD. 1969, 19, 177-210.

BREIER, A. & ASTRACHAN, B.M., CHARACTERIZATION OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WHO COMMIT SUICIDE. AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. 1984, 141:2, 206-209.

BROWN, G.W., BIRLEY, J.L., WING, J.K.. BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY. 1972, 121, 241.

BUSHELL, D., WROBEL, P., AND MICHAELIS, M.. APPLYING "GROUP" CONTINGENCIES TO THE CASSROMM STUDY BEHAVIOR OF PRESCHOOL CHILDREN. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1978, 1, 55-62.

BUTLER, R. J. , AN ANALYSIS OF INDIVIDUAL TREATMENT ON A TOKEN ECONOMY FOR CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS, BRITISH JOURNAL OF MEDICAL PSYCHOLOGY, 1979, 52, 235-43.

CABALLERO, S.P., CERVANTES, G.L., RODRÍGUEZ, B.M., UN MODELO REDUCACIONAL PARA PACIENTES MENTALES CRÓNICOS HOSPITALIZADOS, TESIS PROFESIONAL. FACULTAD DE PSICOLOGÍA. UNAM, MÉXICO, 1981.

CREER, C., WING, J., LIVING WITH A SCHIZOPHRENIC PATIENT.

COHEN, R. FLORIN, I., GRUSCHE, A. THE INTRODUCCIÓN OF TOKEN ECONOMY IN A PSYCHIATRIC WARD WITH EXTREMELY WITHDRAWN CHRONIC SCHIZOPHRENICS. BEHAVIOR RESEARCH & THERAPY. 1972, 10, 69-74.

DOMÍNGUEZ, T.B., PSICOLOGÍA ECOLÓGICA; ANÁLISIS Y MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA HUMANA EN INSTITUCIONES DE CUSTODIA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA UNAM, 1982.

ELLIOT, P., BARLOW, F., HOOPER, A. & KINGERLEE, P., MAINTAINING PATIENTS IMPROVEMENTS IN A TOKEN ECONOMY, BEHAVIOR RESEARCH & THERAPY, 1978, 17, 355-367.

ELLSWORTH, J.R. & FOSTER, L.D., THE REHABILITATION OF CRONICALLY HOSPITALIZED PATIENTS THROUGH A TOKEN ECONOMY SISTEMA CONDUCTED BY NON-PROFESSIONALS. UNPUBLISHED MANUSCRIPT, VETERANS ADMINISTRATION HOSPITAL ROSEBURG, - OREGON, (1969).

FERGUSON, J.M. & TAYLOR, C.G., THE COMPREHENSIVE HANDBOOK OF BEHAVIOR MEDICINE, "VOL. 3: EXTENDED AFLICATIONS AND - ISSUES. N.Y. SPECTRUM, 1980.

FERSTER, C.B. & DEMYER, M.K., A METHOD FOR THE EXPERIMENTAL ANALYSIS OF THE BEHAVIOR OF AUTISTS CHILDREN. AMERICAN JOURNAL OF ORTHOPSYCHIATRY. 1962, 1, 87-110.

FISHER, E.B., WINKLER, R., KRASNER, L., IMPLICATIONS FOR CONCEPTS OF PSYCHOPATHOLOGY OF STUDIES OF ECONOMIC PRINCIPLES IN BEHAVIOR THERAPY PROGRAMS. THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE. 1978, 166, 187-94.

FISHER, E.B., WINKLER, R.C., ECONOMIC PERSECTIVES IN BEHAVIOR THERAPY: COMPLEX INTERDEPENDENCIES IN TOKEN ECONOMIES. - - BEHAVIOR THERAPY, 1978, 9, 391-403.

FISHER, E.B., OVERJUSTIFICATION EFFECTS IN TOKEN ECONOMIES. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1979, 12, 407-405.

GAGNON, J.H., DAVISON, G. C., ASYLUMS, THE TOKEN ECONOMY, AND THE METRICS OF MENTAL LIFE, BEHAVIOR THERAPY, 1976, 7, 528 - 539.

GERSHON, J.R., ERRICKSON, E.A., MICHELL, J.E., BEHAVIORAL COMPARISON OF A TOKEN ECONOMY AND STANDARD PSYCHIATRIC - - TREATMENT WARD, JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 1977, 8, 381 - 385.

GLENWICK, D., & JASON, L., BEHAVIORAL COMMUNITY PSYCHOLOGY: PROGRESS AND PROSPECTS. N.Y.: PRAEGER, 1980.

GOMEZ-SCHWARTZ, B., THE MODIFICATION OF SCHIZOPHRENIC BEHAVIOR, BEHAVIOR MODIFICATION, 1979, 3, 439 - 468.

HENDERSON, J. D., & SCOLES, P.E., A COMMUNITY BASED BEHAVIORAL OPERANT ENVIRONMENT FOR PSYCHOTIC MEN, BEHAVIOR THERAPY, 1970, 1, 245 - 251.

HERSEN, M., TOKEN ECONOMIES IN INSTITUTIONAL SETTINGS. THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 1976, 162, 206 - 211.

HOFMEISTER, J.F., SCHECKENBACH, A.F., A BEHAVIORAL PROGRAM FOR TREATMENT OF CHRONIC PATIENTS, AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY, 1979, 136: 4A, 396 - 400.

HUNG, D.W., GENERALIZATION OF "CURIOSITY" QUESTIONING BEHAVIOR IN AUTISTIC CHILDREN, JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY, 1977, 8, 237 - 245.

HUSSIAN, R.A., GERIATRIC PSYCHOLOGY: A BEHAVIORAL PERSPECTIVE. N.Y.: VAN NOSTRAND REINHOLD, 1981.

KANFER, F.H. & SASLOW, G., BEHAVIORAL DIAGNOSIS, IN C. H. FRANKS (ED.) BEHAVIOR THERAPY: APPRAISAL AND STATUS, N. Y. MC. GRAW-HILL, 1969, PP. 417 - 444.

KAZDIN, A.E., NON-RESPONSIVENESS OF PATIENTS TO TOKEN ECONOMIES. BEHAVIOR RESEARCH AND THERAPY. 1971, 10, 417 - 418.

KAZDIN, A.E. & BOOTZIN, R.R., THE TOKEN ECONOMY: AN EVALUATIVE REVIEW. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1972, 5, 343 - 372.

KAZDIN, E. A., THE TOKEN ECONOMY: A DECADE LATER. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1982, 15, 42, 445.

KELLEY, K.M. & HENDERSON, J.D., A COMMUNITY BASED OPERANT LEARNING ENVIRONMENT II: SYSTEMS AND PROCEDURES, IN R. RUBIN, H. FENSTERHEIM, A. LAZARUS AND C. M. FRANKS (EDS.), ADVANCES IN BEHAVIORAL THERAPY, N.Y.: ACADEMIC PRESS, 1971.

LENT, J.R., MIMOSA CORTAGE: EXPERIMENT IN HOPE. PSYCHOLOGY TODAY. 1968, 2, 50 - 58.

LEVINE, F.M. & FASNACH, G., TOKEN REWARDS MAY LEAD TO TOKEN LEARNING. AMERICAN PSYCHOLOGIST. 1974, 29, 816 - 820.

LIBERMAN, R.P., WALLACE, C.J., INTERVENTIONS WITH PSYCHOTIC BEHAVIORS, IN K.S. CALHOUN, INNOVATIVE TREATMENT METHODS IN PSYCHOPATHOLOGY, N.Y.: WILEY, 1974.

LLOYD, K.E., REACTIONS TO A FORMING ENERGY SHORTAGE: A TOPIC IN BEHAVIORAL ECOLOGY, IN G. L. MARTIN & J. G. OSBORNE, - HELPING IN THE COMMUNITY: BEHAVIORAL APPLICATION, N. Y. PLENUM, 1980

MILLER, H.R., DERMER, S.W., QUASI-EXPERIMENTAL FOLLOW-UP OF TOKEN-ECONOMY AND CONVENCIONAL TREATMENT GRADUATES. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY. 1979, 3, 625 - 627.

MURPHY, S.T., THE EFFECTS OF A TOKEN ECONOMY PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS OF NEUROLOGICALLY IMPAIRED INPATIENTS. JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY. 1976, 7, 145 - 147.

NELSON, G.I. & CONE, J., MULTIPLE-BESALINE ANALYSIS OF TOKEN ECONOMY FOR PSYCHIATRIC INPATIENTS. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1979, 12, 255 - 271.

OST, L., MELIN, L., A TOKEN ECONOMY PROGRAM FOR CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS. SCAND. J. PSYCHOL. 1976, 17, 272 - 282.

PATTERSON, G.R. & BRODSKY, G.A., BEHAVIOR MODIFICATION PROGRAMMS FOR A CHILD WITH MULTIPLE PROBLEM BEHAVIOURS. JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY. 1966, 7, 277 - 295.

PAUL, G.P. & LENTZ, R. D., PSYCHOSOCIAL TREATMENT OF MENTAL PATIENT. CAMBRIDGE, MASS: HARVARD UNIVERSITY PRESS, 1977.

PUENTE, S.F., TERAPIAS DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES ESQUIZOFRENICOS. MEMORIAS DE LA 2A. REUNIÓN DE INVESTIGACIÓN, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA, 1982, 216 - 225.

QUIROGA, A.H. (1982). LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE MENTAL CRÓNICO HOSPITALIZADO: DESCRIPCIÓN, RESULTADOS Y PERSPECTIVAS. EN MEMORIAS DE LA I REUNIÓN SOBRE INSTRUCCIÓN Y ENSEÑANZA DEL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA: MÉXICO, D.F.

QUIROGA, A.H., RODRÍGUEZ B.M., CÁRDENAS, L.G., VITE, S.A., MATA, M.A., Y MOLINA, A.J. (1984). PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE MENTAL HOSPITALIZADO EN MÉXICO: DESCRIPCIÓN, RESULTADOS Y PERSPECTIVAS. EN MEMORIAS DEL XXIII CONGRESO INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA. - EDIT. TRILLAS, MÉXICO, D.F.

QUIROGA, A. H., RODRÍGUEZ, B. M., CÁRDENAS, L.G. VITE, S.A., MATA, M.A., MOLINA, P.J., Y AYALA, V.H. (1986). PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PSICOSOCIAL PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE MENTAL CRÓNICO HOSPITALIZADO EN MÉXICO: DESCRIPCIÓN, RESULTADOS Y PERSPECTIVAS. EN REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGÍA, VOL. 3, NO. 1 PP. 44-53.

SALZINGER, K., FELDMAN, R.S. & PORTNOY, S.. TRAINING PARENTS OF BRIAN-INJURED CHILDREN IN THE USE OF OPERANT CONDITIONING PROCEDURES. BEHAVIOR THERAPY. 1970, 1, 4-32.

SANDLER J. AVERSIÓN METHODS IN F. K. DAMBER AND A.P. GOLDSTEIN HELPING PEOPLE CHANCE. PERGAMON PRESS: NEW YORK, 1980.

SCHAEFER, H. H. & MARTIN, P.L. BEHAVIORAL THERAPY FOR 'APATY' OF HOSPITALIZED SCHIZOPHRENICS. PSYCHOLOGICAL REPORTS. 1966, 19, 1147 - 1158.

STAHL, J.R., LEINTENBERG, H., BEHAVIOR OF THE CRONIC MENTAL PATIENT. H. LEINTENBERG (ED), HANDBOOK OF BEHAVIOR MODIFICATION. APPLETON-CENTURY CRAFTS, N.Y. 1976.

STEFFY, R.A., HART, J., CRAW, M., OPERATN BEHAVIOR MODIFICATION TECHNIQUES APPLIED TO SEVERELY REGRESSED AND AGGRESSIVE PATIENTS. CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION JOURNAL. 1969, 14, 59 - 67.

STEVENS, B.C., PSYCHOLOGICAL MEDICINE. (1973), 1, 141.

STOFFELMAYR, B.E., FAULKNER, G.E., THE COMPARISON OF THOKEN ECONOMY AND SOCIAL THERAPY IN THE TREATMENT OF HARD-CORE SCHIZOPHRENIC PATIENTS. BEHAVIORAL ANALYSIS AND MODIFICATION. 1979, 3, 3 - 17.

TSUANG, M.T., RISK OF SUICIDE IN THE RELATIVES OF SCHIZOPRENICS, MANICS, DEPRESSIVES, AND CONTROLS. J. CLIN PSYCHIATRY. 1983, 44: 396 - 400.

TURNER, S.M., LUBER, R.F., THE TOKEN ECONOMY IN DAY HOSPITAL SETTING: CONTINGENCY MANAGEMENT OR INFORMATION FEEDBACK. JOURNAL OF BEHAVIORAL THERAPY AND EXPERIMENTAL PSICHIATRY. 11, 89 - 94.

ULLMANN, L.P., & DRASNER, L., A PSYCHOLOGICAL APPROACH TO ABNORMAL BEHAVIOR., 2ND ED. PRENTICE-HALL, ENGLEWOOD CLIFFS, N. J., 1975.

VASTA, R., ON TOKEN REWARDS AND REAL DANGERS, BEHAVIOR MODIFICATION. 1981, 5, 129 - 140.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

WAHLER, R.G., SETTING GENERALITY: SOME SPECIFIC AND GENERAL EFFECTS OF CHILD BEHAVIOR THERAPY. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1969, 2, 239 - 249.

WINCZE, J. P., LEITEMBERG, H. & AGRAS, W. S., THE EFFECTS OF TOKEN REINFORCEMENT AND FEEDBACK ON DELUSIONAL VERBAL BEHAVIOR OF CHRONIC PARANOID SCHIZOPHRENICS. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 5, 247 - 62.

WING, J.R., BROWN, G.W., INSTITUTIONALISM AND SCHIZOPHRENIA, CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, LONDON, 1970.

WINKLER, R.C., MANAGEMENT OF CHRONIC PSYCHIATRIC PATIENTS BY A TOKEN REINFORCEMENT SYSTEM. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1970, 3, 47 - 55.

WOLFF, R. & GRAY, J.J., PHYSICAL ATTRIBUTES OF TOKENS: COMPARISON. PSYCHOL. REP. 1972, 32, 675 - 678.

WOOLEY, S.C., BLACKWELL, G., & WINGET, C., A LEARNING THEORY OF CHRONIC ILLNESS BEHAVIOR: THEORY TREATMENT AND RESEARCH, PSYCHOSOMATIC MEDICINA. 1978, 40, 379 - 401.

ULLMANN, L.P. & KRASNER, L., A PSYCHOLOGICAL APPROACH TO ABNORMAL BEHAVIOR, 2ND ED. PRENTICE-HALL, ENGLEWOOD CLIFFS, N. J., 1975.

VASTA, R., ON TOKEN REWARDS AND REAL DANGERS. BEHAVIOR MODIFICATION. 1981, 5, 129 - 140.

WAHLER, R.G., SETTING GENERALITY: SOME SPECIFIC AND GENERAL EFFECTS OF CHILD BEHAVIOR THERAPY. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS. 1969, 2, 239 - 249.

WINCZE, J. P., LEITEMBERG, H. & AGRAS, W. S. THE EFFECTS OF
TOKEN REINFORCEMENT AND FEEDBACK ON DELUSIONAL VEBAL BEHAVIOR
OF CRONIC PARANOID SCHIZOPHRENICS. JOURNAL OF APPLIED
BEHAVIOR ANALYSIS. 5, 247 - 62.

WING, J.K., BRONN, G.W., INSTITUTIONALISM AND SCHIZOPHRENIA.
CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, LONDON, 1970.

WINKLER, R.C., MANEGEMENT OF CRONIC PSUCHIATRIC PATIENTS BY A
TOKEN REINFORCEMENT SYSTEM. JOURNAL OF APPLIED BEHAVIOR
ANALYSIS. 1970, 3, 47 - 55.