



4
2ej

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza

U. N. A. M.

INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL
DE LA CARRERA DE:

PSICOLOGIA

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN
PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:
MA. DE LOURDES GUERRERO ROMERO

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991.



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.

INDICE

PROLOGO. . . . .	.I
INTRODUCCION.	1
CAPITULO 1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN EL MODELO MEDICO. . . . .	.3
CAPITULO 2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL MODELO CONDUCTUAL . . . . .	.6
CAPITULO 3 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. . . . .	.11
3.1 NEUROSIS. . . . .	.12
3.2 PSICOSIS. . . . .	.13
3.3 ESQUIZOFRENIA.	14
3.3.1 ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA.	17
3.3.2 ESQUIZOFRENIA CATATONICA. . . . .	.17
3.3.3 ESQUIZOFRENIA SIMPLE. . . . .	.18
3.3.4 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE.	19
3.3.5 ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA. . . . .	.20
3.3.6 ESQUIZOFRENIA RESIDUAL. . . . .	.20
3.4 PARANOIA. . . . .	.20
3.5 PSICOSIS DEPRESIVA. . . . .	.21
CAPITULO 4 ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA. . . . .	.22
4.1 FACTOR GENETICO EN LA ESQUIZOFRENIA. . . . .	.23
4.2 FACTOR BIOQUIMICO EN LA ESQUIZOFRENIA.	23
4.3 FACTOR SOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA.	24
4.4 FACTOR FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA.	26
4.5 CONSIDERACIONES FINALES.	27
CAPITULO 5 HOSPITAL PSIQUIATRICO. . . . .	.28

CAPITULO 6	METODO DE TRATAMIENTO DE LA	
	ESQUIZOFRENIA. . . . .	.32
	6.1 TRATAMIENTO EN EL MODELO	
	MEDICO. . . . .	.32
	6.2 TRATAMIENTO EN EL MODELO	
	CONDUCTUAL. . . . .	.35
CAPITULO 7	INTERVENCION DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO	
	DE LA ESQUIZOFRENIA. . . . .	.38
CAPITULO 8	ALCANCES DEL MODELO CONDUCTUAL, EN LA	
	REHABILITACION DE PACIENTES CON	
	ENFERMEDADES MENTALES. . . . .	.40
	B.1 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO Y	
	REHABILITACION EN EL HOSPITAL	
	"GRANJAS LA SALUD". . . . .	.42
CAPITULO 9	OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL . . . . .	.46
	9.1 NIVEL INSTITUCIONAL	46
	9.2 NIVEL ESTUDIANTIL	46
	9.3 OBJETIVOS DEL PROGRAMA.	47
	9.4 OBJETIVOS PARA EL PASANTE.	47
	9.5 OBJETIVOS DEL PASANTE.	48
CAPITULO 10	CARACTERISTICAS GENERALES DE LA	
	INSTITUCION. . . . .	.49
	10.1 DELEGACION POLITICA.	49
	10.1.1 LOCALIZACION GEOGRAFICA.	49
	10.1.2 ASPECTOS DEMOGRAFICOS.	49
	10.1.3 SERVICIOS.	49
	10.2 INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO	
	DONDE SE REALIZO EL SERVICIO	
	SOCIAL. . . . .	.51
	10.2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.	51
	10.2.2 TIPOS DE SERVICIOS QUE PRESTA A	
	LA COMUNIDAD LA UNIDAD EN LA QUE	
	SE TRABAJA. . . . .	.51

10.2.3	ORGANIZACION INTERNA DE LA UNIDAD DE TRABAJO. . . . .	.52
10.2.4	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE TRABAJO. . . . .	.53
CAPITULO 11	ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y POBLACION ATENDIDA.	55
11.1	SERVICIOS.	55
11.2	EXPLORACION.	55
11.3	ASESORAMIENTO EN LA INTRODUCCION AL PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE RUTINA. . . . .	.56
11.4	APLICACION DE LAS TECNICAS Y SUPERVISION DE LAS ACTIVIDADES DE RUTINA.	56
11.5	APLICACION DE ACTIVIDADES DE RECREACION. . . . .	.57
11.6	ASESORAMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA.	58
11.7	APLICACION DEL PROGRAMA DE INVESTIGACION DE REHABILITACION CONDUCTUAL PARA ENFERMOS MENTALES CRONICOS EN HABILIDADES SOCIALES. . . . .	.58
CAPITULO 12	METODOLOGIA. . . . .	.59
	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	59
	HIPOTESIS	59
	METODO.	59
RESULTADOS	. . . . .	60
ANALISIS	. . . . .	67

CONCLUSION	71
PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES	72
BIBLIOGRAFIA	73
ANEXOS	77

PROLOGO

El presente trabajo tiene como objetivo el informar acerca de las actividades realizadas en el servicio social de la carrera de psicología en el hospital psiquiátrico "Gracias la Salud" y exponer también el trabajo de entrenamiento realizado en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, el cual pertenece a uno de los programas de investigación que realiza dicha institución hospitalaria.

Este programa se aplicó a dos pacientes con esquizofrenia, con resultados óptimos. Por tal motivo consideré que debía presentarse con un mayor apoyo bibliográfico y metodológico, para que sirviera de respaldo a dicho programa de investigación, ya que se trata de nuevas alternativas para la rehabilitación a pacientes con enfermedades mentales.

Al observar la importancia de dicho trabajo de investigación consideré pertinente, realizar el presente reporte social con miras a titulación, para así darle la importancia que se merece.

También es conveniente hacer mención, que existieron dos razones muy importantes para elegir el hospital psiquiátrico para realizar el servicio social. El primero, fue el de cumplir un requisito dictado por la U.N.A.M., para llegar a ser un profesional, el segundo, por la inquietud y deseo de trabajar con pacientes con trastornos mentales, además averiguar si la teoría apoya realmente las características de los enfermos mentales, su estilo de vida y su ambiente institucional y que tipo de trabajo se habían realizado con ellos.

Cuando inicié la carrera de psicología, me sentí siempre inclinada por el área clínica y sobre todo por el mundo psíquico del enfermo mental.

Al estar realizando el servicio social, comprobé que el ambiente hospitalario de los pacientes en cautiverio no dista

mucho de la teoría, sin embargo, existe un grupo de psicólogos que están realizando un gran esfuerzo para romper con la tradicional atmósfera hospitalaria. Ellos buscan que el paciente no sea el típico enfermo mental que vive en pabellones, sino por el contrario, se han preocupado por crear un ambiente más familiar, que forma parte de uno de los programas de investigación del hospital, para que cuando salgan de ese lugar, sea más fácil integrarse a la sociedad.

Estos psicólogos trabajan con técnicas conductistas, que hasta la fecha han tenido resultados prometedores.

DEDICO EL PRESENTE REPORTE DE SERVICIO SOCIAL:

A MI PADRE: CARLOS GUERRERO TAPIA.

Que significó en mi vida algo más que una guía y apoyo moral. El representó un modelo de valentía y honestidad, que guiará mi vida para siempre.

"Papá, aunque ya no estes presente, tus enseñanzas estarán siempre conmigo"

A MI MADRE: BERTHA ROMERO HERNANDEZ.

Por el gran cariño que le profeso. Además por su gran estímulo y apoyo moral.

"Mamá, gracias por tu guía. La herencia que me dejas, es de trabajo y rectitud, que llevaré siempre en mi vida".

A MI GRAN COMPANERO Y AMIGO: ARTURO MARTINEZ RESENDIZ.

Porque con su guía, estímulo y ayuda incondicional, ha representado en mí un fuerte pilar para llegar a la meta profesional.

"Arturo, que el camino que nos falte recorrer juntos sea siempre de apoyo mutuo, respeto y solidaridad".

GRACIAS.

A UNA GRAN PERSONA: CARMEN REYES AGUILAR.

Porque cuidó de mi niñez.

"Con mucho cariño para ella".

A MIS HERMANOS: CARLOS GUERRERO ROMERO
 FRANCISCO GUERRERO ROMERO
 SERGIO GUERRERO ROMERO
 JORGE GUERRERO ROMERO
 ENRIQUE GUERRERO ROMERO
 REYNA SILVIA REYES AGUILAR

A todos ellos les deseo que toda la vida les sea de dicha y bienestar, por el cariño que les profeso, ya que cada uno tiene en mí, una gran parte.

"Por el cariño y cordialidad que existe entre nosotros"

GRACIAS.

A TODOS MIS AMIGOS Y PROFESORES:

Porque con su ayuda, estímulo y confianza, lograron la realización de mi meta.

INTRODUCCION

El presente trabajo, se inicia con una breve descripción histórica de las enfermedades mentales del modelo médico, en el cual, se describen las condiciones y características de los sujetos con dicho mal, desde la época primitiva hasta Hipócrates, quien es el primero en dar explicaciones objetivas a la enfermedad, desechando la idea de los espíritus demoniacos. Lo siguieron otros más en los siglos XVIII, XIX y XX, con diferentes enfoques pero buscando la forma objetiva de darle una explicación a las enfermedades mentales. Uno de esos enfoques lo constituyen la corriente de Skinner, que a través de una serie de experimentos logró aplicar sus conocimientos en instituciones psiquiátricas.

También se hace referencia sobre los trastornos de la personalidad y sus características como la neurosis y psicosis y dentro de ésta a la esquizofrenia, enfermedad que constituye en la actualidad un problema social y que el interés de su estudio se ha extendido a otras ciencias como: la bioquímica, genética, sociología etc., para darle una respuesta científica a su etiología.

Por otro lado se señala en el presente trabajo, el papel fundamental que juegan los hospitales psiquiátricos en los enfermos mentales y las características de dichas instituciones para el tratamiento de estas enfermedades, ya que en la actualidad se encuentran bajo el dominio del modelo médico y que a la fecha no ha logrado en su totalidad rehabilitar al enfermo mental.

Ante estas limitaciones, el psicólogo conductista se esmera en lograr el restablecimiento de dichos enfermos, bajo los lineamientos de Skinner.

Así mismo en el "Hospital Granjas la Salud" se realizan trabajos de rehabilitación conductual, bajo un programa ya establecido, con los lineamientos conductistas de Skinner (Análisis Conductual Aplicado), en los cuales figura el

entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, con un cierto nivel de rehabilitación, el cual alcanzó resultados satisfactorios. En los resultados se observa, el nivel alcanzado en la adquisición de habilidades sociales, demostrando de esta manera que, cualquier sujeto con cierto nivel de rehabilitación puede bajo un entrenamiento, alcanzar ciertas habilidades.

Además se señala que la rehabilitación no tendría eficaces resultados, sin la colaboración de la familia, que representa un factor importante en el restablecimiento del sujeto enfermo.

1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN EL MODELO MEDICO.

El primer marco conceptual que se tiene sobre las enfermedades mentales y su tratamiento, se remonta a la época primitiva, en la cual se consideraba a todo paciente psicótico y epiléptico como poseído por el demonio. Los curanderos trataban de dominar el padecimiento por medio de la plegaria, encantamientos y malos tratos físicos, eran atados a un poste y quemados con el fin de obligar a la fuerza misteriosa que producía la conducta aberrante a abandonar a la víctima. Estos pacientes, con frecuencia eran considerados peligrosos y se los confinaba en calabozos, atados con cadenas, donde eran maltratados, por carceleros. En otras épocas se creía que éstos pacientes poseían atributos y habilidades especiales, de modo que, ayudando a los locos se podían obtener favores de los dioses. En términos generales no se consideraba al paciente psicótico medio, como un enfermo y, por lo tanto, cuando no se lo podía cuidar en el hogar, se le confinaba en la casa de los pobres o en la cárcel. Raramente se le proporcionaba atención médica, esta idea del trastorno físico de posesión satánica fue cediendo lentamente el paso a otras más tradicionales, e inclusive los enfoques racionales tempranos se centraron primero en dar una explicación concreta de la enfermedad. "Hipócrates fue el primero en dar explicaciones de la enfermedad como tal. Este introdujo la tendencia genotípica para clasificar condiciones conductuales patológicas, fundamentando su sistema hipotético en el desequilibrio mental. El decía que el cuerpo fabricaba cuatro humores básicos y que en ciertos estados patológicos se encontraban excesos de determinados tipos de humor". (Jack Davidson Robert Sendler. *Psicopatología, Teorías del*

Aprendizaje, p.p.40, 1977.).

En la edad media la quema de brujos fue muy común, autorizado en aquel tiempo por la iglesia católica, muchos enfermos fueron sometidos a crueles torturas por creerles pactantes con el diablo, pero también en esa época, es cuando surgen los precursores del estudio de las enfermedades mentales.

Dichos precursores surgieron del modelo médico y alcanzaron un pleno desarrollo hasta los siglos XVIII, XIX y principios del siglo XX.

En el siglo XVIII, Philippe Jefe del centro hospitalario en Paris, ordenó la supresión de cadenas y otras restricciones que sistemáticamente se controlaba la conducta de los dementes. Su deseo de emprender una reforma humanista, en el tratamiento de estos individuos, le llevó a la conclusión de que se trataba de enfermos y que por tanto merecían la misma consideración que cualquier paciente. Más tarde con la obra general y descriptiva de Kraepeling en el siglo XIX, el modelo médico empezó a ampliarse y cada día fue empleando más conceptos de la medicina física. Se basó, casi por completo, en la observación del paciente hospitalizado, además reflejaba el punto de vista genotípico de que la psicopatología, se encuentra relacionada con el sistema nervioso central. Además fue el primero en clasificar los desórdenes conductuales en: psicosis, maniaco depresivo desórdenes caracterizados por frecuentes cambios de humor y a la demencia precoz. Tomando ambos como resultado de desarreglos genéticos.

Por otro lado, Freud, en el siglo XIX, da a conocer una nueva teoría "Los desórdenes de la conducta", que no son el resultado de una condición orgánica determinada, sino de la lucha dinámica de la mente humana para satisfacer, por una parte los deseos instintivos principalmente sexuales y, por otro, adaptarse a las reglas sociales y a las exigencias y restricciones, que el mundo exterior nos impone. Freud por consiguiente separó el modelo enfermedad del factor psicológico, en donde las bacterias y virus se alejan a ser

experiencias de la vida y la causa de la enfermedad psicológica, a consecuencia de esto surgieron los términos de psicoanálisis y psicoterapia.

"El modelo de la enfermedad se desarrolló como parte de una revolución más extensa. Brindaba una base racional para comprender numerosas disfunciones humanas y tratarlas. La medicina estaba entrenada en una nueva conquista de la enfermedad.

Los progresos de la microbiología, en las explicaciones eficaces de la teoría de los gérmenes y la investigación médica habían descubierto los misterios de los trastornos físicos que causaban estragos, esto en las pestes, las epidemias, las viruelas y la fiebre tifoidea. Afectó más directamente las disciplinas de la salud mental, el descubrimiento para una cura para la sífilis que condujo al dominio de una "psicosis orgánica significativa". (Melvin Zax, y Emory G. Cowen. *Psicopatología*, p.p.6).

A través de la historia se observaron cambios, sobre la forma de combatir a las enfermedades mentales, las cuales contribuyeron mucho a aumentar los conocimientos acerca de los orígenes de la enfermedad y sus características, estableciendo así mismo el papel fundamental del estudio de las enfermedades mentales, a la medicina psiquiátrica.

2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL MODELO CONDUCTUAL.

La psicología como disciplina científica, estuvo durante muchos siglos estancada por los dogmas religiosos, que interpretaban a la conciencia del hombre como una expresión de su vida espiritual; teniendo en consideración que la vida espiritual no se subordina a las mismas leyes que toda la naturaleza material y además, que el análisis de la misma no se puede abordar por medio de la explicación causal de los fenómenos.

Para que la ciencia avanzara los científicos dejaron de interesarse por las evidencias que no fueran públicamente verificables, es decir que tuvieran un respaldo metodológico científico. En consecuencia los psicólogos buscaron la forma de crear una psicología experimental, que le diera una categoría científica.

Antes de que se desarrollara la psicología experimental, se realizaron trabajos sistematizados como los de: Ernest Weber, Gustav Fechner, Hermann Helmholtz, quienes trataron de demostrar la posibilidad de aplicar métodos experimentales a la investigación de procesos psíquicos.

Posteriormente con los trabajos de Wilhelm Wundt, surge una psicología sistematizada y científica, en su primer laboratorio experimental de Leipzig y así es como se convierte en una ciencia independiente.

En términos generales, los primeros psicólogos eran partidarios de sistemas más programados y generales, para la aplicación de sus trabajos y estos fueron útiles para definir objetivos y métodos para iniciar programas de investigación.

Se observa que a medida que la psicología se vuelve más madura y más compleja los psicólogos recurrieron cada vez a formulaciones teóricas y a modelos complejos, del mismo modo que la física y la química.

Durante la primera mitad del Siglo XIX, la psicología experimental se inició dentro de la fisiología experimental. Los fisiólogos Bell y Muller se ocuparon de poner a prueba la participación del sistema nervioso en la visión y el oído. Así se convirtieron en psicólogos, aun cuando no se dieran ese nombre.

"Surgieron otros investigadores que buscaban la forma de dar una respuesta a la conducta del hombre mediante una psicología experimental "Así por ejemplo Marshal Hall que realizó trabajos de la psicología fisiológica. Por otro lado Pierre Flourens, demostró que distintas partes del sistema nervioso tienen diferentes funciones. Así mismo propuso que las conclusiones sacadas de la experimentación con animales podían ser igualmente aplicables a los seres humanos. Esta idea tuvo una aceptación muy amplia y simplificó en gran parte el trabajo de los psicólogos experimentales. Después de todo era mucho más barato y cómodo experimentar con ratas que hacerlo con seres humanos". (I. Bigge Morris, *Teorías de Aprendizaje para Maestros*, p.p. 65 1979)

El estudio de la psicología sistemática floreció dentro del primer tercio del siglo actual. Las diferentes escuelas centraron su atención a los fenómenos de la conducta en base al paradigma estímulo y la respuesta, a partir del estudio de la percepción, sensaciones, reflejos condicionados y aprendizaje. Dentro de estas escuelas se encuentran los funcionalistas, los estructuralistas, los gestaltistas y los conductistas.

Los principales exponentes del conductismo fueron J. B. Watson y Edward L. Thorndike. La psicología de Watson se conoce como conductismo; la de Thorndike, la psicología del conexionismo; pero también en el sentido más amplio del término, esta última era conductismo.

Previos a ellos, surgió Iván Petrovich Pavlov, fisiólogo ruso, quien realizó notables experimentos con animales. El cual presentó alimentos a un perro hambriento e hizo sonar una campanilla o un diapason y descubrió que si se repetía este procedimiento un número suficiente de veces, el sonido

llegaba a provocar por sí solo la insalivación en el perro.

Watson aprovechó los trabajos de Pavlov y se convenció de que el aprendizaje era tal como lo describía este último o sea un proceso de constitución de reflejos condicionados, mediante la sustitución de un estímulo por otro.

Watson y otros conductistas puros llegaron a rechazar algunas ideas de Thorndike, debido a que parecía imposible excluir de ellas a la mente y los conceptos asociados con ella. Aunque Watson rechazaba algunas de las ideas de Thorndike, consideró que era muy apropiada su segunda ley, la de cambios de asociación. El principio enunciado por esta ley, se convirtió en la piedra angular para el movimiento conductista de la década de 1920. De acuerdo con esta ley, se puede obtener cualquier respuesta que sea capaz de emitir un aprendizaje asociado a cualquier situación a la que sea sensible.

Watson y Thorndike establecieron los fundamentos históricos primarios para el trabajo de B.F. Skinner (Prof. de la Universidad de Minnesota 1938). Este investigador descubrió que el condicionamiento operante era muy eficiente para el adiestramiento de animales inferiores, y confiaba en poder lograr éxitos similares en niños y jóvenes (cfr. Chaplin y Kraviec, 1983, Marx y Hill, 1975, Boring, 1963)

"El condicionamiento operante es el proceso de aprendizaje mediante el cual se hace que una respuesta llegue a ser más probable o frecuente. Un operante es un conjunto de actos que constituyen la realización de un organismo al hacer algo (levantar la cabeza, accionar una palanca etc.). Se denomina así debido a que la conducta opera el ambiente y genera consecuencias. En el proceso de condicionamiento operante, las respuestas operantes se modifican o cambian".

(James Fadiman y Robert Frager. *Teorías de la Personalidad*. p.p. 30 1970).

Mientras que Pavlov, Watson, Thorndike, Hull y Miller, en mayor o menor grado, describían todas las conductas como cadenas de conexiones de estímulos y respuestas, Skinner fue

más allá de los reflejos, para llegar a considerar las consecuencias ambientales como mecanismos de control de la conducta aprendida. Denomino operante a la conducta aprendida, al comportamiento reflejo o no aprendido le dió el nombre de conducta respondiente.

B.F. Skinner tal vez el psicólogo de mayor influencia actual en Norteamérica. Sus obras se estudian y se conocen en muy fuera de los límites de la psicología profesional. Las investigaciones que se han hecho sobre la base de sus ideas fundamentales están ampliamente consolidadas. El impacto de Skinner en la psicología, a llevado al desarrollo de programas de enseñanza de conducta dirigida, así como también al aumento permanente de libros y clases sobre los principios y aplicaciones fundamentales de la teoría del conductismo.

"El condicionamiento operante de Skinner es una técnica de aplicación a los esquizofrénicos, que ultimamente se aplica en la investigación, por la variedad de estímulos de refuerzos, que ejercen influencia, la gama de respuestas que pueden modificarse y los efectos de los programas de refuerzo". (Jackson, Don D. Avila. *Etiología de la Esquizofrenia*, p.p. 224).

El enorme interés despertado por el conductismo corre al parejo del número cada vez mayor de instituciones que utilizan técnicas para la modificación de conductas, las cuales cambian las conductas específicas más que las actitudes globales. Dichas instituciones comprenden los hospitales mentales, los centros correccionales juveniles, las guarderías, las clínicas privadas y un creciente número de sistemas escolares.

En la actualidad el modelo conductual lo constituyen los psicólogos experimentales que aplican las técnicas de Skinner.

Ellos analizan a la conducta a pesar de ser tan compleja como a cualquier otro fenómeno observable, ya que la conducta no se puede mantener inmóvil, es por esta razón que las exigencias del control de sus técnicas deben ser

precisas.

" La conducta es todo lo que pueda ser observado y todo lo que responde al cambio en las contingencias del refuerzo. Hasta el momento el conductismo permite observar dichos mecanismos de conducta que pueden ser registrados y evaluados y que en determinado momento pueden servir de base, para la aplicación de un tratamiento de aprendizaje conductual".
(James Fadiman. op. cit. p.p. 11).

3 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

" El grupo de los trastornos de la personalidad incluye una amplia gama de padecimientos en los cuales el mal funcionamiento se expresa en pautas inflexibles y limitada de conductas".(Lawrence Kolb. *Psiquiatría Clínica Moderna*. p.p. 65. 1978).

" El término trastorno de la personalidad no es una entidad diagnóstica estricta, sino que se refiere más bien en general a aquellos estados que comprenden anomalías de la conducta como son: la conducta criminal, el alcoholismo, las toxicomanías y las desviaciones de la conducta sexual. Generalmente estos sujetos desvian sus conductas para aliviar sus tensiones mal orientadas que los involucra fácilmente con la policía". (James Oliver Wittaker. *Psicología Introducción*. p.p. 225.)

También se incluyen en este grupo, a un gran número de individuos que se caracterizan por incapacidad de posponer o controlar sus impulsos o que no pueden establecer autonomía e independencia personal. Este conjunto mal definido de casos incluye la personalidad pasivo agresiva, la emocionalmente inestable, la explosiva y la inadecuada. En la actualidad los pacientes que presentan estos tipos de trastornos constituyen problemas de la vida civil para las grandes organizaciones.

Estos trastornos son desviaciones en el desarrollo de la personalidad, representa la consecuencia de una falta de madurez emocional debido a una deficiencia en los contactos interpersonales en su medio social, que generalmente es hostil.

Cuando las experiencias negativas son tempranas, además de provocar desviaciones en la personalidad, pueden causar enfermedades graves. Se puede considerar enfermo mental a

aquella persona que presenta cuadros clínicos psicopatológicos, es decir, desórdenes del pensamiento y afectivas, lo cual lleva a una desorganización en su conducta, estas personas son consideradas psicopáticas, paranoides. o psicópatas.

3.1 NEUROSIS

La neurosis es un término que se emplea para designar determinados trastornos físicos y psíquicos, extremadamente variados, que afectan a la personalidad.

La conducta neurótica se distingue por la relativa ausencia de una significativa desorganización de la personalidad, por la ausencia de severas dificultades en la prueba de la realidad lo que permite que haya conciencia de enfermedad; además no se encuentran alteraciones intensas en el funcionamiento social. Las relaciones neuróticas son una fuente de conflictos personales que frecuentemente interfieren en la capacidad de goce y de autorrealización del individuo, pero que no lo obstaculizan excesivamente en habilidad para llevar a cabo su trabajo y otras actividades rutinarias. La característica primordial de la neurosis es la presencia constante de ansiedad, la cual a menudo se encuentra mezclada con sentimientos de culpa que generan reacciones estereotipadas ante problemas que el sujeto no es capaz de resolver por sí mismo y que ponen en peligro el funcionamiento adecuado de su personalidad a pesar de tener una imagen distorsionada de sí mismo o de los demás dificultándose una relación armónica con el medio ambiente.

Un sujeto sano puede sufrir una desorganización transitoria de sus condiciones adaptativas en respuesta de una situación real particularmente difícil para él. A diferencia el neurótico presenta una perturbación en su organización interna originada por sus experiencias pasadas, haciéndolo menos capaz para enfrentarse a los problemas habituales de la vida.

La conducta del neurótico es menos apropiada que la de

los sujetos normales siendo más exagerada e incongruente.

La persona sana suprime, pospone, puede renunciar a gratificaciones y a cambiar de metas, es capaz de comprometerse, es más vulnerable y es capaz de lograr satisfacción a sus propias demandas. El neurótico está incapacitado, por causa de la represión para distinguir claramente entre pasado y presente y como consecuencia, aplica a situaciones presentes formas de conducta incoherentes e inadecuadas, ya que no conoce otras formas mejores de comportarse.

En el desarrollo del sujeto normal, las pautas del pasado están sujetas a una modificación progresiva; se aprende por experiencia corrigiendo pautas tempranas a la luz de eventos nuevos.

En el caso del neurótico, cuando aparece un problema demasiado perturbador, parece no poder enfrentarlo, el proceso de su aprendizaje es interrumpido y los intentos de resolver el problema son nulos.

Por otro lado cabe señalar que existen diversos tipos de neurosis como son: Neurosis de ansiedad, neurosis histérica, neurosis fóbica, neurosis obsesivo compulsiva, neurosis depresiva, neurosis hipocodriaca. (cfr. Balken, Eva Ruth Neurosis, Psicopatía y Psicosis 1968)

3.2 PSICOSIS

"Se caracterizan por la presencia de una profunda y total desintegración de la personalidad y la incapacidad para probar y evaluar correctamente la realidad en varias esferas de la vida. La relación con el medio ambiente esta globalmente alterada, de la cual resulta una dificultad para responder a las demandas y expectativas ordinaria de la vida, hay desinterés al mundo, porque la adaptación ambiental esta subordinada a los conflictos internos. La personalidad psicótica encuentra dificultad o imposibilidad, para diferenciar las fantasías de las experiencias actuales y objetivos ya que los deseos se confunden con los hechos.

En el contexto de su mundo privado, de sus orientaciones internas, la conducta del individuo psicótico, puede ser significativa y lógica, pero fuera las ideas, sentimientos significativos y acciones que el paciente expresa aparecen como irracionales con una aparente disminución o pérdida del control impredecibles.

Entre las psicosis más comunes se encuentran las siguientes: Esquizofrenia, Estados Paranoides, y Desordenes Afectivos. (Blanca Barcelata y Rebeca Toledo. *Programa de Psicología Clínica*. p.p. 31 1973).

ESQUIZOFRENIA	ESTADOS PARANOIDES	DESORDENES AFECTIVOS
---------------	--------------------	-------------------------

Hebefrénico	Paranoia	Psicosis
Catatónico		Depresiva
Simple		
Paranoide		
Indiferenciada		
Residual		

3.3 ESQUIZOFRENIA.

El concepto actual de esquizofrenia surgió por etapas durante el siglo pasado. En 1850 Morel empleó el término demencia precoz, aunque el estado así denominado era mucho más general, que su equivalente actual. Kahlbaum (1863) empleó el término Vesonia, el cual, aunque más categórico, era sin embargo vago en sus límites. Hecker (1876) describió un estado de hebefrenia y Kahlbaum (1874) estableció un estado mental el que llamó catatonía. Kraepelin (1887) definió el complejo sintomático de la demencia precoz, porque surge en la adolescencia. Beuler (1911), a pesar de estar de acuerdo con el síndrome, objetó el término de demencia precoz, ya que muchos casos producen demencia y otros muchos no son precoces. Surgió el empleo del término esquizofrenia (del gerundio Skhiza, separación y Phren,

mente.

Beuler y Mebel postularon que la esquizofrenia es una enfermedad neurológica y concreta de origen genético, y que comprende a un grupo de conductas desorganizadas, que incluyen como rasgo principal un apartamiento de la realidad, embotellamiento emocional y la perturbación del pensamiento. Otras características que lo identifican, corresponden a un cambio inequívoco de la personalidad, junto con contacto disminuido con las demás personas y comprensión perturbada de la realidad, usos lingüísticos impropios, símbolos privados e ideas ilógicas, una patente superficialidad del afecto, desarreglos perceptuales como alucinaciones, anomalías de conducta como gestos y movimientos peculiares.

Se originan también perturbaciones asociativas que hacen que las respuestas verbales y físicas del enfermo esquizofrénico resulten extrañas, cambia su habitual manera de vestir, se vuelve desalineado en su apariencia, olvida sus modales acostumbrados en la mesa y sus formas. Sus procesos asociativos ya no siguen la dirección de su entrenamiento previo. Por otro lado, sus pensamientos no tienen coherencia alguna, entonces hay una pérdida de capacidad para dirigir el flujo de asociaciones. Estos enfermos son incapaces de razonar en pensamiento y jamás llegan a una meta.

En el esquizofrénico avanzado se ha perdido todo contacto con la realidad, estas delusiones son fragmentarias y sin hilación alguna. En los casos del lento desarrollo en los que se mantiene un mayor contacto con la realidad, como sucede en los pacientes paranoides, las delusiones constituyen una pauta unificada. Los esquizofrénicos reprimen e inhiben sus emociones con mayor intensidad que el enfermo neurótico y expresa sus conflictos a través de un simbolismo exagerado de las delusiones, amaneramientos y comportamientos estereotipados. Muchos clínicos y muchos investigadores sostienen que decifrar lo que en realidad está diciendo el esquizofrénico es un paso preliminar para ayudarlos. Su pensamiento es egocéntrico, es decir, él piensa con sus propias reglas de lógica; su pensamiento parece ser raro o

lento porque no saca conclusiones fundadas en la realidad, esto sirve entonces para aumentar su aislamiento social. Su conducta ideativa y verbal se llena de contenidos imprecidentes y revueltos, de esto es difícil entender lo que habla. Entonces para él se ha convertido el habla en un medio de autoexpresión en lugar de un medio de comunicación.

El habla de algunos esquizofrénicos, está inundada de neologismos: palabras formadas condensando y cambiando otras varias, en algunos casos, las mismas palabras tienen definiciones bastante precisas. Otro rasgo muy común de la esquizofrenia es la ecolalia, que consiste en repetir ciertas palabras y frases, pronunciadas ante el individuo y la verbigración, que es la repetición sin sentido de las mismas palabras. Parte de la deficiencia de comunicación del esquizofrénico consiste en una aguda reducción de la expresión y de las respuestas emocionales propias. Frecuentemente parece ser indiferente y a veces completamente apático. La indiferenciada y la apatía de la apatía forman parte de su adormecimiento emocional, la superficialidad con que expresan sus sentimientos y la disociación, potentemente arbitraria, del sentir y la expresión verbal. (cfr. Barclay, Martin, Cooper, 1985, Millon, Theodore 1974).

Ante la gran diversidad de conductas propias de la esquizofrenia, "Emil Kraepelin (1856-1926), hizo una clasificación que por primera vez hasta 1886 se había realizado. La cual consistió en agrupar en varios cuadros clínicos a los que llamó: Esquizofrenia simple, esquizofrenia catatónica, esquizofrenia paranoide, esquizofrenia hebefrénica, esquizofrenia residual y esquizofrenia indiferenciada. En las cuales cada una posee rasgos específicos que las diferencian" (David Cooper, *Psiquiatría y Antipsiquiatría*, p.p. 54, 1985).

3.3.1 ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA.

(Del gerundio Hebe, Pubertad y Phren Mente).

Las formas extremas de la esquizofrenia hebefrenica están entre las variedades más grotescas de psicosis, ilusiones y alucinaciones abundantes (particularmente visuales), gesticulaciones y muecas. Se da con mayor frecuencia después de la pubertad y la adolescencia, es la que causa un deterioro más rapido y la que posee, probablemente, el más alto grado de predisposiciones constitucionales. La característica más prominente de este padecimiento consiste en un deterioro del afecto, el cual puede aparecer empobrecido o bien inadecuado dando como resultado la apatia, risas inmotivadas, frivolas e incongruentes, conducta boba y períodos de llanto. Esta clase de pacientes muestran desprecio infantil por los convencionalismos, pueden resistirse a usar ropa, orinar y defecar a horas y lugares inapropiados y comer con los dedos. En otras características distintivas se encuentra un pensamiento marcadamente incoherente acompañado de neologismos, pararepuestas y estereotipos verbales, despersonalización, ideas delirantes, desorganizadas, generalmente de tipo somático y sexual, amaneramiento y gesticulaciones, ilusiones y Alucinaciones abundantes particularmente visuales y auditivas. (cfr. Lawrence, Kolb, Psiquiatria Moderna, 1978).

3.3.2 ESQUIZOFRENIA CATATONICA.

(Del Gerundio Kata, bajo Tónos, tensión).

En la esquizofrenia catatónica la perturbación de la actividad motora constituye el sintoma más notable. Puede tomar la forma de inhibición generalizada presentándose síntomas como negativismo, estupor, mutismo y flexibilidad cerea. El individuo negativista responde a las órdenes a los

deseos de los demás haciendo lo contrario, u otro tipo de catatónico, obedece de manera extraña y automática. Otra clase de esquizofrenia catatónica puede presentarse con excitación psicomotora extrema. En ésta, la conducta no parece estar influenciada por estímulos externos, apareciendo estereotipada, aparentemente sin motivo, impulsiva e impredecible. Así mismo se presenta ecolalia, ecopraxia, gesticulaciones manierismos y posturas extravagantes. Se caracteriza también por el paso del estado de depresión al de excitación y de estupor. Durante la excitación el paciente habla y grita casi continuamente, pueden ser destructivos y violentos, hay peligro de lesiones personales o de colapso debido al agotamiento. Cuando se encuentran en estados depresivos se niegan a comer, manifiestan un negativismo marcado y se muestran indiferentes a los estímulos dolorosos, además se muestran extremadamente quietos al grado de aparentar ser maniqués, los músculos de su cuerpo pueden colocarse en cualquier posición y permanecer así durante horas. (cfr. Millon Theodore 1976).

3.3.3 ESQUIZOFRENIA SIMPLE

El síntoma más frecuente en esta, es el retraimiento con respecto a los intereses y las relaciones externas. Hay una despreocupación de la personalidad y la apatía e indiferencia son pronunciadas. Los pacientes con este tipo de esquizofrenia suele actuar muy por debajo de su nivel potencial y éste contrasta, entre la capacidad y la realización, constituye un rasgo llamativo, por lo regular no ocurren ilusiones, alucinaciones e ideas delirantes. La aparición de este padecimiento es gradual, el individuo muestra interés iniciativa y ambición decrecientes, por regla general hace su aparición en alguna época durante y después de la pubertad y de ahí en adelante hay una disminución progresiva de los intentos por interactuar socialmente, después prácticamente no se interesa en manera alguna por el mundo exterior, ya sea con lo que se refiere a

una situación social cualquiera, ya en lo que se respecta al sexo opuesto. Por lo general se le considera como personas un tanto extrañas, pero en rara vez entran en conflicto con la sociedad, excepto cuando son arrestados por vagabundear. (Cfr. Maher, Brendon, 1979).

3.3-4 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

(Del Gerundio Para, forcido y Nous, Pensamiento)

La esquizofrenia paranoide se caracteriza por tener alteraciones cognitivas y por sus constantes delirios y extrema suspicacia. En algunos casos puede haber cambios rotundos en el contenido de sus ilusiones y alucinaciones, por ejemplo los delirios de persecución. Además de sus delirios y de la incapacidad para confiar en los demás, el esquizofrénico paranoide muestra pensamientos vagos y afecto embotado. Según Beuler, "una característica que se encuentra en la persona enferma es la caracterización de sus deseos sus delirios, según lo que desea en sus pensamientos es un sueño" (Theodore Millon. Psicopatología y Personalidad, p.p.48 1974).

Sus pensamientos son tan ilógicos que el paciente ya no percibe la más burda contradicción con la realidad, para llegar a este tipo de delirios el sujeto tuvo un proceso evolutivo, ya que al principio sufre de estados neuróticos, después de tiempo prolongado se le encuentra en la fase paranoide. Entonces, la esquizofrenia es el efecto de una predisposición morbida en la que se aprecian claramente trastornos de pensamiento y sentimientos. Estos pacientes tienen a menudo más energías que otros tipos de esquizofrénicos y puede mantener un nivel de trabajo considerablemente alto mientras se van formando sus delusiones. (cfr. Millon, Theodore, 1971 Sandler, 1977).

3.3.5 ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA.

En la esquizofrenia indiferenciada, como su nombre lo indica no existe una característica específica, pues corresponde a una mezcla de sintomatologías de las categorías que se diagnostican a menudo, que afectan al pensamiento. aparecen ilusiones prominentes, alucinaciones, incoherencia en la conducta altamente desorganizada. Estos síntomas no encajan en ninguna otra categoría de la esquizofrenia.

3.3.6 ESQUIZOFRENIA RESIDUAL.

Esta categoría puede ser usada cuando ha habido un período anterior de esquizofrenia, pero los síntomas psicóticos prominentes del cuadro clínico que ocasionaron la evaluación o internamiento ya no existen a pesar de que aún persisten señales de enfermedad. El embotellamiento emocional, retraimiento social, pensamiento ilógico, conducta excéntrica y pérdida de las asociaciones, están presentes comúnmente. Hay pacientes que poseen un alto grado de mejoría pero sin embargo conservan como hábito las características de su cuadro clínico sin que por ello se crea que aún se encuentra dicha enfermedad.

3.4 PARANOIA

Se diferencia de la esquizofrenia por la ausencia de alucinaciones o por la incoherencia de los pensamientos, por la conservación del interés por las situaciones sociales y la eficiencia con que actúa ante ellos. Es más factible, que estos estados representen una de las formas de la esquizofrenia paranoide, en la cual los síntomas de deterioro aparecen en la enfermedad más tardíamente en razón de que está menos comprometida la constitución y son más potentes los factores psicogénicos. Se instaure además una completa conservación del orden y de la claridad del pensamiento, la voluntad y la acción en este estado la afectividad se

muestra perfectamente sintonía con los contenidos del pensamiento, las capacidades de comunicación están bien conservadas, así como las de memoria y atención". (I.F. Sluchevsky. *Psiquiatría*, p.p. 165 1960).

3.5 PSICOSIS DEPRESIVA.

La depresión neurótica depende de que si la reacción afecta o no al testimonio de la realidad o la adaptación funcional en grado suficiente para ser considerado como una psicosis. Presenta una conducta más desadaptativa y parecen estar extremadamente tristes, además muestran un desorden de pensamientos que por lo general incluye ilusiones. El psicótico acepta su depresión como una parte integral de sí mismo. El vive su depresión, sus sentimientos y su conducta están controlados por ilusiones que no pueden ser alteradas por la razón. A pesar de la evidencia contraria él cree sinceramente que es culpable de innumerables pecados, que ha arruinado a su familia, que el mundo estaría mejor si él se muriera. La profunda inhibición del pensamiento y acción pueden llevarlo a una deficiencia enorme en el funcionamiento general, al mutismo y a la inmovilidad. No existe una pérdida actual de sus habilidades mentales. (cfr. Blanca Barcelata, *Programa de Psicología Clínica*, 1973)

4 ETIOLOGIA DE LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia ha sido investigada con mayor énfasis los últimos cincuenta años, con la finalidad de encontrar los factores que intervienen en su etiología y desarrollo, ya que constituye uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo, porque ataca principalmente en los años más fructíferos de la vida (entre los 15 a 45 años) de los individuos. (cfr. Don J. Jackson, *Etiología de la Esquizofrenia*)

Estas investigaciones pertenecen a diversos campos de la ciencia, que se ha interesado por este problema; uno de éstos campos pertenece al modelo médico, que aborda a la enfermedad como un proceso degenerativo orgánico cerebral, otro sería el campo social, que analiza los desajustes de dicha enfermedad producidos por una patología social.

Consideran los investigadores, que los factores etiológicos que intervienen en el desarrollo de la esquizofrenia son múltiples y aún, ellos mismos no concuerdan en las causas que la producen. Don D. Jackson (1960) nos dice: " Las divergencias son tan amplias, que resulta arduo y desconcertante tratar de encontrar pautas de enlace en la investigación dicotómica, de la mente y el cuerpo". (Jackson, Don D. Avila. *Etiología de la Esquizofrenia* p.p. 46.).

La importancia del estudio de la esquizofrenia como enfermedad, es que no debe desligarse de la mente y del cuerpo. Se debe de tomar en cuenta que esta dicotomía de la que habla Jackson, se discutió por siglos, que el cuerpo y la mente no deben ser estudiados por separado, sin embargo, existen investigadores en la actualidad, incapaces de atribuir suficiente poder a las relaciones mente-cuerpo.

Algunos investigadores argumentan que ciertos tipos de esquizofrenia se fundamentan por factores psicológicos y descartan posibles alteraciones orgánicas. Otros de ellos explican que la fuente de la enfermedad, se debe a

desequilibrios bioquímicos y que de ninguna manera a factores psicopatológicos:

4.1 FACTOR GENETICO EN LA ESQUIZOFRENIA.

La genética explica que la psicosis esquizofrénica se debe a una alteración metabólica de los genes, basada por la presencia de una proteína (la taraxeina) " Cualitativamente diferente en el torrente sanguíneo. Un compuesto tóxico, que se forma como resultado de la interferencia de la taraxeina que altera la actividad fisiológica en determinadas zonas del cerebro y que producen cambios concomitantes en el cerebro. Los datos que reportan las investigaciones afirman que se producen cambios porque la proteína deteriora la actividad enzimática en una etapa relacionada de manera todavía indeterminada con el metabolismo. Este error en el metabolismo enzimático se postula como congénito. El haber estudió casos de familias con ambos progenitores afectados y en un 40% los hijos nacieron con la enfermedad. Por otro lado, Kallman y Sinter realizaron muchas investigaciones con hermanos gemelos, que muestran un porcentaje de concordancia del 76% al 91%, para los gemelos monocigotos y el 17% para los gemelos dicigotos, esto muestra que el genotipo es de vital importancia para el desarrollo de la esquizofrenia". (*Ibidem*. p.p. 52).

Estas investigaciones se realizaron a lo largo de 40 años para proporcionar una sólida base a la teoría genética de la esquizofrenia, sin embargo, no es decisiva la diferencia, por lo tanto no se niega la posibilidad que existan otros factores que provoquen dicha enfermedad.

4.2 FACTOR BIOQUIMICO EN LA ESQUIZOFRENIA.

El mal funcionamiento bioquímico en el sistema nervioso central, constituye uno de los factores etiológicos que provocan estados psicóticos en sujetos con esquizofrenia y algunas otras alteraciones alucinatorias (cfr. Jose

Luis Diaz, *Modelos de Esquizofrenia y Serotonina Cerebral*).

Se han encontrado varias sustancias poderosas, capaces de producir cambios psíquicos profundos, cuando están presentes en pequeñas cantidades en el cerebro.

J. Don D. Davila, menciona a que en las investigaciones de Wooley, observó que las alteraciones de la serotonina en el cerebro, provoca alucinaciones.

También este mismo autor dice que H. Kmiotkowski, centró su interés, en el papel de la histamina en el sistema nervioso y las alteraciones que provoca.

Otras investigaciones llevadas a cabo, demostraron el efecto que produce la adrenalina en los esquizofrénicos, ya que la oxidación de ésta produce alteraciones en la seroplasmina produciendo alucinaciones.

También J. Don D. menciona que Feldberge y colaboradores, encontraron que la acetilcolina provoca alteraciones en la afectividad, ya que esta se concentra en la región hipotalámica y zonas adyacentes que regula los sentimientos y emociones, al igual que las funciones vegetativas.

Existen muchas otras sustancias que intervienen en los desequilibrios mentales, pero se requeriría de mayor profundidad para abordarlos.

4.3 FACTOR SOCIAL EN LA ESQUIZOFRENIA.

La sociedad forma continuamente la conducta del hombre, y por tanto, dichos procesos evolutivos de la sociedad llevan consigo varios cambios en los sujetos.

Skinner nos dice: " No hay ninguna otra variable importante más allá de la historia pasada de la persona, de su dotación genética y de los factores externos de la situación inmediata. Así nosotros modificamos nuestras conductas en las relaciones interpersonales". (James Fadiman y Robert Frager. *Teorías de la Personalidad*. p.p. 269 1979).

El hombre va haciendo su propia historia pero no la hace libremente, esta sujeto a tradiciones, ideologías religiosas,

políticas y a un proceso económico. Cuando la sociedad entra en crisis el hombre también entra en crisis y esto provoca anomia y enajenación.

La existencia del hombre se ve amenazada entonces, ante la pérdida de valores anteriormente aceptados y el cambio brusco de ellos, provocado por un mundo material que cotiza a un precio elevado la subsistencia del hombre. La belleza y los sentimientos se ven explotados por un bien económico.

Erick From en su libro *Miedo a la Libertad*, nos dice que el hombre se somete a su régimen económico y político totalitario, adoptando una posición conformista y de renuncia que penetra profundamente en la psique de los seres humanos y los despersonaliza. Además sus pensamientos se encuentran regidos y determinados por la sociedad, es en este momento cuando el sujeto enferma en su contexto social desequilibrado y provoca extrañeza en su propio medio. Erick Fromm lo designa como vacío existencial.

"Se han realizado investigaciones por sociólogos, entre ellos Hagstijn, con pacientes esquizofrénicos y su enorme relación con desajustes de la sociedad, la cual impera en algunos estratos sociales, grupos étnicos y raciales.

Se observa que la mayor concentración de los esquizofrénicos se encuentran en estratos socioeconómicos inferiores que habitan en grandes urbes. No se puede descartar que aparezcan en otros estratos sociales, pero en términos estadísticos los resultados se estiman en barrios bajos y de las capas sociales inferiores.

Pasaminick y colaboradores hallaron una correlación muy alta entre psicosis esquizofrénica y el estatus económico bajo". (David Cooper. *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. p.p. 60. 1985).

Estas investigaciones del predominio de la esquizofrenia en cinturones de miseria, tendría una explicación en la concepción de Marx, acerca de la relación entre el individuo y la sociedad en la que el hombre está sujeto a una clase social, una de explotadores y otra de explotados, y el estrato investigado corresponde al de los explotados. En

consecuencia, dicha población es la más dañada por no tener acceso a un bienestar económico y cultural que los libere de esa presión que provoca dichos desajustes psicológicos.

4.4 FACTOR FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA.

"La familia es un factor de génesis en la esquizofrenia, según estudios realizados por Gregory Bateson". (*Ibidem*. p.p. 56).

No se puede considerar a la familia como pilar de la sociedad, sino que hay que tomar en cuenta que ella es moldeada de acuerdo a la sociedad y a su sistema, y cuando una familia es anormal, los hijos se encuentran ante un mundo extraño y no fácilmente lograrán adaptarse a la sociedad, ya que la familia es un grupo primario y es intermediario entre el individuo y la sociedad. Además en la familia se satisfacen las necesidades básicas del individuo como alimentación y abrigo; ejercita al sujeto para integrarse en roles sociales; es en ella donde se aprenden los roles sexuales, lo cual prepara el camino, para la maduración y realización sexual.

Cuando la familia se encuentra altamente alienada y no cubre las necesidades básicas en el sujeto, puede provocar la presencia de alteraciones en la personalidad y además el desarrollo de enfermedades mentales graves como la esquizofrenia. (*cfr.* Miron Baron, *Factores Familiares en el Desarrollo de la Esquizofrenia*).

También es importante señalar el rol que juega la madre en forma directa en el desarrollo psíquico del niño. Según Miron Baron, Las investigaciones demuestran que las madres de esquizofrénicos, habían sido muy rígidas o complacientes, lo cual no permitía que el niño tuviera pensamientos propios. Además se preocupaban demasiado por la conducta sexual del niño.

Por otro lado, se debe de tomar en cuenta que toda la

estructura familiar, depende en gran parte de la personalidad de la madre y del padre, y cuando esa estructura se encuentra cimentada en conflictos, dichas familias no proporcionan a los hijos modelos de roles apropiados, lo que provoca en el niño conflictos psicológicos graves.

4.5 CONSIDERACIONES FINALES.

De acuerdo al análisis de los factores que intervienen en el desarrollo de la esquizofrenia, se puede observar que cada postura no puede ser tan rígida, para afirmar que la esquizofrenia pertenece a una sola etiología.

Existe una predisposición en el sujeto antes de desarrollarse la enfermedad y al encontrar los factores medio ambientales propicios la desencadenará. Aquel sujeto que genéticamente tenga una predisposición y el medio le sea favorable, desarrollará la enfermedad.
(Jakson Don. D. Avila. op. cit. 152.).

5 HOSPITAL PSIQUIATRICO

La sociedad moderna posee, tres instituciones destinadas a cambiar la conducta de sus miembros: la escuela, la cárcel y el hospital para enfermos mentales. Cada una de esas instituciones ha desarrollado un lenguaje particular y una serie de conceptos para tratar sus propios problemas.

Garfield, 1979, también definió a este tipo de instituciones como a un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos igualmente situados y separados del resto de la sociedad, durante un periodo de tiempo apreciable llevan juntos una rutina de vida, encerrados y metódicamente administrados por las normas de la institución, funcionarios y personal que se encuentra en contacto directo con el sujeto.

El objetivo general de dichas instituciones, es efectuar algunos ajustes en la conducta del sujeto y su adaptación a la sociedad.

El ingreso al hospital de enfermos mentales, es a veces el único modo de poder separarlo a uno de la gente en particular de su casa, su escuela o el empleo, con lo cual uno se halla integrado en una situación crecientemente infortunada, progresivamente agrupado como resultado de la fatiga, de esfuerzos mal orientados y mal atendidos y el juego de motivos en conflicto. Como decía el doctor White, el hospital de mentales es el único lugar en donde uno puede estar loco confortablemente. (Harry Stack Sullivan. *Concepción de la Psiquiatría Moderna*. pp. 126 1971).

Las instituciones muestran la tendencia a poseer ciertas exigencias como son: obediencia y dependencia por parte del interno hacia el personal; la adaptación de una rutina invariable con respecto a las actividades cotidianas (comida, vestido, aseo, trabajo, higiene, etc.).

El hospital mental es una subcomunidad notablemente distinta del sistema social más amplio en el cual está asentado. Existe al mismo tiempo la sociedad más amplia,

pero su organización carece en forma muy significativa de clases sociales, es primariamente, un sistema social formado por castas fijas, que no permite ninguna movilidad vertical, más aún, es una organización social autocráticamente mantenida, en conformidad con un número relativamente pequeño de reglas sencillas, explícitas, en gran contraste con la sociedad más amplia y su autoridad debilmente democrática, pero unida a exigencias complejas, implícitas en su mayor parte y a menudo contradictorias, que son impuestas en forma variada y frecuentemente desigual por la opinión pública, los prejuicios de grupo, la iglesia y los poderes judiciales de la sociedad.

Los hospitales de un alto número poblacional están administrados por el estado, los psiquiátricos privados o fundaciones particulares están administrados por organismos paraestatales.

Existen muchas clínicas psiquiátricas privadas inaccesibles para la mayoría de los enfermos psiquiátricos por el alto costo que representa una estancia prolongada.

Los hospitales del Estado están destinados a la enseñanza, en éstos los pacientes con escasos medios económicos pueden ser admitidos con el objeto de proporcionar experiencia práctica a los estudiantes. Este tipo de hospitales además de la custodia de los enfermos, proporcionan tratamiento a los mismos.

La clasificación hospitalaria de los pacientes, se hace en base a la similitud de su padecimiento.

El hospital proporciona tratamientos diversos, pero el sujeto al salir del hospital se aleja de ellos. El personal de tratamiento de un hospital terapéutico debiera por lo tanto continuar el tratamiento de los pacientes después de haber salido estos del hospital definitivamente o bajo palabra. Como esto es muchas veces irrealizable, los enfermos de los hospitales terapéuticos suelen ser dados de alta en la etapa apropiada de su reorganización, y por lo tanto, separados de toda colaboración psiquiátrica o bien son retenidos en el hospital más allá del período de asociación

útil con la comunidad del hospital, en momentos en que su reasociación con la vida ordinaria, bajo vigilancia sería mucho más provechosa.

Con frecuencia se retira a un enfermo de excelentes perspectivas en medio de la fase más provechosa de la labor terapéutica, muchas veces con consecuencias desastrosas para el paciente.

Esto puede solucionarse con la colaboración y asistencia de la familia con el terapeuta, primero con un poco de rutina en la sala y discontinuidad gradual hasta llegar a eliminarla, para que el sujeto no recaiga y mantenga dichos aprendizajes.

Por otra parte si el clínico hace frente de que todo lo que sucede al paciente influye en su conducta, en proporción a la potencia de las motivaciones y de los esfuerzos inculcados, es decir que dicho paciente al regresar a su medio va a tener variantes que influyan en su conducta, tomando en cuenta que algunas veces fue su medio que originó dicho problema. Afrontar este hecho hace necesario aceptar la deducción ulterior que la disciplina antaño a los efectos que ejercen unos ambientes sociales continuos sobre la conducta, es decir, la psicología se enfrenta a esta problemática junto con la psiquiatría.

No se debe descartar la influencia que los hospitales psiquiátricos ejercen en los sujetos en cautiverio, y que se ha visto que los pacientes en grandes hospitales producen efectos con resultados antiterapéuticos, sobre la conducta del enfermo. Estos efectos son lo bastante corrientes para que sean caracterizados a menudo, por términos tales como institucionalismo. Esto implica obstáculos que el cuerpo de salud tiene que afrontar.

La larga estancia de un sujeto en una institución provoca desajustes emocionales, e imitación de conductas no ajustadas socialmente.

Cuando un sujeto se le hospitaliza por considerarse que posee conductas inaseptables para la sociedad, se efectúa una valoración previa a su confinamiento, desde el punto de vista

psicológico y médico, para diagnosticar que tipo de padecimiento mental lo perturba.

6 METODOS DE TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Los estudios realizados en relación a la etiología y desarrollo de las enfermedades mentales, en el modelo médico tienen como objetivo curar al enfermo mental.

Existen múltiples formas de tratamiento dentro del modelo médico que se aplican a casos específicos de enfermos mentales.

Por otro lado también el modelo conductual, busca la forma de rehabilitar al enfermo mental institucionalizado, con las técnicas conductistas de Skinner.

6.1 TRATAMIENTO EN EL MODELO MEDICO

"Este modelo es tomado de la medicina y en la actualidad se llama psiquiatría, y tiene la peculiaridad de identificar síntomas en base a un esquema taxonómico. Los síntomas se correlacionan a un agente causal específico, los métodos de tratamientos se adecuan de acuerdo a su clasificación.

El descubrimiento reciente de sustancias que actúan sobre las funciones psíquicas en los sujetos, ha permitido avances significativos en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Las sustancias que se suministran intervienen en el metabolismo bioquímico cerebral, que comprenden los mecanismos de acción del sistema nervioso". (David Cooper. *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. p.p. 100. 1985).

Está establecido que ciertas drogas activan la corteza cerebral, ejerciendo sobre él una acción estimulante o depresora. Por ejemplo la acetilcolina estimula el sistema nervioso y la atropina tiene una acción depresora.

Se han agrupado varias sustancias de acuerdo a sus mecanismos de acción y sus efectos, a continuación se

ejemplifican algunos de ellos por categorías:

A. ATARAXICOS

- a) *Reserpina* Se utiliza para tensiones emocionales (agitación, inquietud y agresividad en los enfermos psicóticos.
- b) *Clorpromocina* Su principal acción se encuentra en el hipotálamo la formación reticular. Es usada principalmente en pacientes neuróticos, con los psicóticos es útil para estados de turbulencia y agitación catatónica, delirios, confusión, manía y angustia.

B. TRANQUILIZANTES.

- a) *Meprobomatos* Es usada para producir ecuanimidad, sin que disminuya la capacidad mental, ejerce acción en el tálamo y núcleos caudados.

C. ANTIALUCINOGENOS.

- a) *Azaciomol.* Tiene su acción en el disencéfalo, neutraliza los estados psicóticos y estados de delirio.

D. ENERGIZANTES.

- a) *Iproniazida* Tiene efectos intensos sobre la actividad, los cuales pueden describirse en términos de aumento en la vitalidad, euforia y confianza.

"En 1930 M. Sakel, de la Universidad de Viena, recomendó el uso de la insulina en dosis suficientes para producir estados de coma, en el tratamiento de los enfermos mentales y muy particularmente en los enfermos con esquizofrenia paranoide, catatónicos, hebefrénicos, y de tipo simple. En la actualidad el tratamiento es usado con cierta frecuencia y tiene resultados satisfactorios en un 50% y 60% de efectividad, aumentando los períodos de lucidez en dichos pacientes". (Ramón de la Fuente Muñiz. *Psicología Médica*. p.p.200.)

Aproximadamente en la misma época en Budapest, surgió el empleo de la terapia de choque convulsivo o electrochok, ideado por Von Meduna. Se aplica generalmente a pacientes con esquizofrenia de los tipos ya conocidos, y se logran resultados favorables en un 10 %.

Por otro lado, la combinación de ambos tratamientos resulta más efectiva en la esquizofrenia que si se suministrara uno solo.

Otro tipo de control en el modelo médico es la psicocirugía de Egas Moniz (Neurólogo de Lisboa), que consiste en hacer cortes en la región talámica y logotomía prefrontal.

Los enfermos se vuelven tranquilos, complacientes e indiferentes a las opiniones y sentimientos de otras personas, además muestran tendencias a vivir en el presente. Emerge con la operación una personalidad más infantil y hace que el sujeto sea accesible a la rehabilitación. En algunos la efectividad del enfermo operado se reduce en forma tal que el sujeto tiende a vivir durante semanas o meses una estancia vegetativa.

Además de los tratamientos antes señalados se han utilizados otros como: psicoterapia y psicoanálisis. En los cuales se utiliza la hipnosis, la regresión y asociaciones libres, algunas drogas son utilizadas para estimular dichas técnicas. En la actualidad este modelo tiene sus limitaciones a pesar de los avances logrados en la psiquiatría, sus

perspectivas son desalentadoras, debido a que la probabilidad que tiene un paciente de ser dado de alta y poder permanecer en su comunidad después de estar internado dentro de una institución que funciona con este modelo de tratamiento es de cerca del 6%, sin que se contemplen cambios para lo que resta del presente siglo. (Ullman 1960)

El inconveniente más importante que tiene este modelo es que la enfermedad mental es tratada por métodos físicos o farmacológicos y que más bien deben verse como auxiliares importantes para reducir la angustia y mejorar la capacidad para tolerar las frustraciones y cargas ambientales.

En lo que concierne a México de acuerdo al censo llevado a cabo por Parra y Cols (1978); en instituciones mentales públicas federales se observó que el 80 % de los pacientes muestreados deben permanecer internados por ser incapaces de cuidarse a sí mismos. De éste 80%, sólo el 48%, es susceptible de rehabilitación un 32% no es rehabilitable, por cuya asistencia, será proporcionarles únicamente custodia. Además se señala que al levantarse el censo, prevalecía un ambiente de deterioro que favorecía a las conductas regresivas de los pacientes. (cfr. Ullman, 1960).

Como se observa el modelo médico pretende curar en lugar de rehabilitar al enfermo institucionalizado, cayendo en lo que podríamos llamar una puerta giratoria, que los externa y vuelve a admitir.

6.2 TRATAMIENTO EN EL MODELO CONDUCTUAL

En los últimos años han aparecido un conjunto de técnicas de modificación de conducta, que ha recibido la denominación genérica de "análisis conductual aplicado", dichas técnicas se basan en los principios experimentales que rigen la conducta y han sido observadas y probadas en condiciones rigurosas de control en el laboratorio.

Las técnicas básicas se derivan del condicionamiento operante o instrumental de Skinner.

El tratamiento conductual lo constituyen tres aspectos

fundamentales:

- 1.- La creación de nuevas conductas.
- 2.- El aumento de frecuencia en conductas ya existentes.
- 3.- La supresión de conductas objetables.

La manipulación básica de estos tres aspectos operan a través de los estímulos discriminativos y reforzadores, así como de otros estímulos con propiedades aversivas.

En los casos de creación y mantenimiento de conductas se hecha mano generalmente de los estímulos reforzadores, aunque no en forma exclusiva.

El tratamiento concluye cuando la propia conducta del sujeto muestra que los criterios prefijados se han alcanzado, o bien, si las técnicas de que disponemos han logrado el desarrollo posible de sus potencialidades conductuales. De aquí se pasa a segundo aspecto del tratamiento: la intervención directa sobre el medio al que será trasladado definitivamente el sujeto, ya sea un ambiente institucional o ambiente familiar natural.

"Para la adquisición de conductas, se ha dedicado gran atención a un conjunto de operaciones y procedimientos experimentales con los principios de Análisis Conductual Aplicado". (Emilio Ribes Iñesta. *Técnicas de Modificación de Conducta*. p.p. 13. 1983).

Para que se pueda llevar a cabo, este conjunto de operaciones es necesario diseñar un ambiente en el cual el sujeto estará confrontado a lograr un desarrollo natural.

El modelo conductista es sin duda alguna, uno de los panoramas más óptimos para la rehabilitación de pacientes con esquizofrenia y otros problemas mentales.

Investigaciones recientes afirman que el esquizofrénico institucionalizado, puede adquirir nuevamente aquellas habilidades sociales perdidas bajo un programa de entrenamiento intensivo.

Liberman, Nuechterlein, Wallace (1980), describen a través de diferentes estudios, como fueron entrenados varios sujetos mediante la implementación de programas de

entrenamiento en hospitales psiquiátricos, con un grupo de terapeutas como entrenadores, utilizando diferentes técnicas de adquisición de conductas de Skinner, entre ellas principalmente trabajaron con moldeamiento de aproximaciones sucesivas, instrucciones secuenciales, reforzamiento, repertorios de apoyo e imitación en situaciones ficticias, incluso trabajaron asertividad.

Los estudios vistos especifican claramente que un sujeto con cierto nivel de rehabilitación y sobre todo con respaldo familiar, aseguran la probabilidad de que el paciente practique en situaciones reales lo que aprendió en dichos entrenamientos.

Para la psicología el trabajar con estos problemas es alentador, ya que tiene un campo prometedor.

Curran (1980) propone que con la interacción social simulada, se logren resultados asombrosos en el entrenamiento, con personas tímidas o no competitivas socialmente.

Es por tanto de suma importancia demostrar que un paciente con un cuadro clínico de esquizofrenia es susceptible de entrenamiento en habilidades sociales de acuerdo a las perspectivas del modelo conductual, el cual aborda de manera completa el problema. Además considera que tal modelo cuadyuva y da argumentos para demostrar la carencia del modelo médico para tratar tales trastornos, que permitan la recuperación casi completa del sujeto.

Por otro lado, es importante aclarar que no todos los sujetos esquizofrénicos son susceptibles de entrenamiento y se requieren de ciertas condiciones para ello y sobre todo el apoyo familiar (cfr. Liberman, Nuechterlein, Wallace, 1980).

7 INTERVENCION DE LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

El desarrollo de la esquizofrenia como ya se mencionó con anterioridad, no corresponde a un solo factor específico y por lo tanto no se puede postular con firmeza que todos los casos de esquizofrenia sean fundamentalmente un problema de desviación genético-organica o funcional, ya que también pueden ser producto de relaciones sociales y familiares negativas.

De lo anterior se desprende que una de las causas sobresalientes en la esquizofrenia es la falta de participación interaccional, provocada por la disfunción familiar. Esto muestra que es importante la participación de la familia en los programas de rehabilitación en pacientes hospitalizados, ya que el paciente debe de contar con un respaldo familiar para su total restablecimiento, porque los tratamientos y entrenamientos psicológicos deben de extenderse hasta el hogar.

El primer paso es someter a la familia a terapia, la cual es considerada como una orientación y entrenamiento, seguida de múltiples técnicas, para modificar pautas ya existentes de interacción familiar.

"La terapia es una situación controlada, en la cual los miembros de la familia se modifican así mismos en sus relaciones reciprocas, de modo tal que el miembro identificado como paciente descubre un sector creciente de acción autónoma por sí mismo, mientras que los otros miembros de la familia llegan a ser más autosuficientes; por lo menos de no padecer una postración llamada psicótica". (Ivan Boszormenyi. cit. al. *Terapia Familiar Intensiva*. p.p. 116 1988).

Cuando la familia logró cambios satisfactorios dentro de las asesorías psicoterapéuticas, se encuentran en posición de presentar la ayuda necesaria al miembro dañado, lo cual es

estimulante para los futuros entrenamientos del paciente.

Los especialistas en terapia familiar, señalan la enorme complejidad que requiere trabajar con familias con algún miembro esquizofrénico, ya que se requiere de una experiencia muy amplia para evitar la contratransferencia que pondría en peligro la eficacia del tratamiento.

B ALCANCES DEL MODELO CONDUCTUAL, EN LA REHABILITACION DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES EN MEXICO.

La psiquiatria ha tenido avances sorprendentes en los últimos 50 años, pero a pesar de ello, la probabilidad de rehabilitación y cura en pacientes institucionalizados corresponde a un 6% hasta la fecha y por lo que resta del presente siglo no se contemplan cambios satisfactorios.

Ante esta limitante del modelo médico, en México en 1979, el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (Actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatria) y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México en colaboración con la Secretaría de Salubridad y Asistencia, crearon un Proyecto de Investigación dirigido al tratamiento y rehabilitación para pacientes mentales crónicos internados en el hospital psiquiátrico "Granjas la Salud Tlazolteotli".

Los procedimientos y técnicas que fundamentan este proyecto de investigación se derivan primordialmente por el modelo psicológico conductual de Skinner, denominado Análisis Conductual Aplicado. (cfr. Quiroga, AF. *La Rehabilitación del Paciente Mental Crónico*).

Este modelo ha tenido éxito en otras instituciones psiquiátricas, es por esta razón que los esfuerzos de tratamiento se centran en establecer en los pacientes aquellas habilidades que les permitan integrarse a la comunidad, lo cual se logra también programando sistemáticamente el ambiente físico y social del hospital.

Dentro de este proyecto de investigación de rehabilitación se incluye el entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia. Tomando en cuenta que estos pacientes muestran déficits y excesos conductuales importantes y que por lo tanto, deben ser considerados para tratamiento de rehabilitación.

Las habilidades sociales comprenden una amplia gama de

conductas, que deben de ser entrenados en forma específica, debido a su enorme complejidad para el paciente en tratamiento; es por tal razón que se programaron cuatro áreas para dicho fin las cuales son:

- 1.- RESOCIALIZACION. Comprende los repertorios conductuales de autocuidado, interacción interpersonal, comunicación y recreación.
- 2.- INSTRUMENTAL. Incluye las habilidades, de aseo de la vivienda, enseñanza pre-vocacional, vocacional, pre-laboral y laboral, esto incluye una preparación para una vida independiente futura.
- 3.- CONDUCTA BIZARRA. Aquí se encuentran aquellas conductas problema como son los trastornos de: pensamiento, verbales, afectivos, emocionales, motoras y de conducta sexual.
- 4.- REINTEGRACION COMUNITARIA. En la cual se encuentran las habilidades de autocontrol, en la administración de medicamentos, seguimientos de rutinas y entrenamiento familiar.

Para el entrenamiento de cada una de las áreas se elaboraron una serie de listas llamadas "Listas de Chequeo Conductual" (Instrumento de Evaluación Conductual I.E.C., para pacientes mentales crónicos hospitalizados), diseñados por psicólogos del hospital en 1984-1985. Dicho instrumento además de centrarse en pautas específicas de conducta para el entrenamiento, diagnóstica y evalúa los logros del paciente que se somete a entrenamiento.

Por tanto el I.E.C., se centra en la observación, registro y evaluación de un conjunto de áreas, repertorios, destrezas y conductas problema que se identifican como excesos y déficits conductuales.

Para la elaboración del I.E.C., se siguieron los lineamientos dictados por el Área de la Evaluación Conductual.

De tal forma que los fundamentos conceptuales y metodológicos que se utilizaron en su diseño, permiten evaluar el impacto de los programas de intervención

conductual, dirigidas al tratamiento y rehabilitación de esta población en particular. No obstante cabe señalar, que dada la amplia flexibilidad y sensibilidad que caracterizan la estructura y contenido del I.E.C., este puede ser utilizado, con las adaptaciones correspondientes, además del psicólogo, por personal profesional interesados en otras poblaciones atípicas similares tales como: retardados en el desarrollo, deficientes mentales, paralíticos cerebrales, predelinquentes, delincuentes, farmacodependientes etc. que una de su problemática fundamental se caracteriza por déficits y excesos conductuales en las áreas personal, laboral y social.

B.1 PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO Y REHABILITACION EN EL HOSPITAL GRANJAS LA SALUD.

El proyecto de investigación contempla el entrenamiento de los pacientes en las cuatro áreas previamente señaladas, procediendo para lo cual a distribuir dicho tratamiento en dos Fases: Fase I o de Pabellón (D), se llevan a cabo servicios de rehabilitación, con un promedio de 30 pacientes, quienes han sido fundamentalmente diagnosticados como esquizofrénicos en un 61%, con daño cerebral el 30% con retraso mental. Además el 55% tiene más de 40 años de edad, el 52% no ha recibido ningún tipo de educación, el 97% son solteros y un 64% tiene más de 9 años de hospitalización. Finalmente el 94% se les administran medicamentos de origen neuroléptico y/o anticonvulsivo. Cabe señalar que estos pacientes ingresaron al programa, en base a un proceso de selección que tomó en consideración su nivel de desarrollo conductual, seleccionando a los más funcionales, y a continuación se les ubicó dentro del nivel de tratamiento acorde con su nivel de funcionamiento.

Una vez que cubren un tercer nivel de funcionamiento pasan a "Villas Terapéuticas" o Fase II.

Los tres niveles que deben de cubrir son los siguientes:

lo Nivel. En este nivel se hace especial énfasis en el establecimiento de habilidades básicas de "Resocialización" (cuido cuidado, repertorios básicos precurrentes de atención, seguimiento de instrucciones etc.), así como instrumentales, tales como aseo y mantenimiento de la vivienda.

2o Nivel. Por su parte enfatiza el establecimiento de habilidades básicas de resocialización circunscritas a la esfera de la interacción social, habilidades instrumentales relacionadas con destrezas pre-vocacionales y el control de conducta bizarra tal como el control de estados emocionales intensos. lamentaciones hipocondriacas, ansiedad, hiperkinesis y gesticulaciones.

3o Nivel. Se hace énfasis en el establecimiento de habilidades de tipo vocacional y académico básicos. Una vez que los pacientes han aprendido las habilidades establecidas como criterio se le promueve para que ingrese a la Fase II o Villas Terapéuticas.

El programa se que se lleva a cabo en la Fase II, es llamado "El Modelo de la Familia Enseñante" el cual se fundamenta de la siguiente manera:

a) Modalidad de Tratamiento Residencial. Permite avances en corto periodo de tiempo, es por esto que los pacientes permanecen internados, lo que permite proporcionarles servicio continuo de tratamiento.

b) Estilo de Vida Familiar. De acuerdo con este modelo, la enseñanza de los repertorios que comprende el programa debe realizarse fundamentalmente en un medio normalizado que va a favorecer el establecimiento y desarrollo de estos repertorios.

Debido a esto, la segunda fase del tratamiento se desarrolla en un conjunto de casas habitación denominadas "Villas Terapéuticas" ya antes mencionadas y en escenarios de la comunidad y de un estilo de vida hogareño y familiar.

c) Anclaje a la Comunidad. El modelo considera que una gran mayoría de los problemas que presentan los pacientes deben resolverse principalmente dentro de escenarios

naturales de la comunidad. Debido a esto, esta segunda fase se desarrolla utilizando los recursos que proporciona la comunidad, la que permite que los pacientes visiten sus hogares y frecuenten diversos lugares de la comunidad (por ejemplo, cines, tiendas, centros comerciales, etc.), además los miembros de la comunidad son quienes determinan que destrezas se deben enseñar o modificar en el paciente, con el fin de que tenga un funcionamiento y ajuste social adecuado.

d) Profesionales Especializados. El modelo considera que los pacientes que participan en esta segunda fase de tratamiento deben de ser instruidos y supervisados por personal profesional especializado en el manejo y operación de los diversos componentes del programa. Debido a esto, el personal encargado directamente de instruir y supervisar gran parte de las destrezas que componen el programa está constituido por una pareja de psicólogos especialmente entrenados en la operación del programa

e) Consejo psicológico Conductual. Durante esta segunda fase se proporcionan a los pacientes servicios de consejo psicológico, el cual está basado en un modelo principalmente conductual. Este modelo se enfoca a la situación de todos aquellos problemas personales que tienen los pacientes y demás miembros de la comunidad. Es por esta razón que este tipo de consejo psicológico tiene un carácter fundamentalmente práctico. Además es a través de este consejo que se pretende establecer en los pacientes un repertorio generalizado en la solución de problemas personales.

f) Evaluaciones Integrales Continuas. Al igual que en la primera fase, en esta segunda fase se considera fundamental llevar a cabo evaluaciones integrales continuas, esto es, evaluaciones que comprenden tanto al grupo de pacientes y familiares, así como otros residentes en el nivel de afectividad en términos de resultados en lograr reintegrar al paciente a su comunidad.

Todas estas evaluaciones tienen como finalidad contar con información precisa, oportuna, confiable y suficiente que permita determinar el efecto que tiene el programa de

tratamiento en lograr reintegrar a los pacientes como seres productivos ya aceptados por su comunidad

g) Sistema de Autogobierno. Una de las características del modelo de tratamiento y rehabilitación de "La Familia Enseñante", es un sistema de autogobierno, el cual tiene como objetivo el entrenamiento de los pacientes en destrezas tales como análisis de problemas dentro de su comunidad, toma de decisiones encaminadas a resolver estos problemas, etc. Este sistema de autogobierno se desarrolla en cuatro fases, a través de sesiones diarias denominadas reuniones de conferencia familiar, en donde se reúnen todos los pacientes que participan en el programa de "Villas Terapéuticas", con los padres maestros. (Cfr. Quiroga, A.F. *La Rehabilitación del Paciente Mental Crónico*).

Los resultados que se han obtenido con la aplicación de este modelo en nuestro país son satisfactorios y reflejan el mismo patrón obtenido en otros países; en los cuales se han logrado establecer en estos pacientes habilidades básicas y funcionales, así como todas aquellas conductas identificadas por la investigación como relacionadas con su rehabilitación.

9 OBJETIVOS DEL SERVICIO SOCIAL

Objetivos del servicio social en la carrera de psicología, los cuales son planteados a dos niveles: Institucional y Estudiantil.

9.1 NIVEL INSTITUCIONAL

1. Propiciar situaciones de aplicación de la práctica psicológica que permita relacionar al psicólogo como profesional de la conducta comprometido con la solución de problemas nacionales.
2. Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas nacionales prioritarios.
3. Propiciar situaciones de intervención que permitan implementar técnicas de investigación psicológica al análisis de la problemática nacional y de eficiencia de la carrera de psicología, para formar profesionales de utilidad.

9.2 NIVEL ESTUDIANTIL

1. Desarrollar habilidades que permitan realizar acciones concretas que demuestren el dominio operacional y el conocimiento integral de un concepto dado.
2. Desarrollar habilidades que permitan aplicar en la práctica los aspectos operacionales relevantes a la información teórica adquirida e integrarla durante su carrera.
3. Desarrollar habilidades que permitan abstraer y generar información relevante a partir del análisis y aplicación de las diferentes dimensiones de un concepto dado.

9.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL PROGRAMA DE LA SECRETARIA DE SALUD, QUE SE HAN ESTABLECIDO PARA EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL EN LA CARRERA DE PSICOLOGIA.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA:

1. Conocer o conformar el diagnóstico del proceso de salud-enfermedad mental.
2. Integrar los aspectos docencia-servicio de la enseñanza de la psicología.
3. Impulsar y desarrollar el campo profesional del psicólogo, en el sector salud.
4. Estructurar y consolidar el área de enseñanza en el departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud.

9.4 OBJETIVOS PARA EL PASANTE

1. Aplique los elementos teóricos que adquirió en su formación académica.
2. Analise y cuestione las situaciones en las que no es posible aplicar técnicas psicológicas.
3. Participe en las actividades del sector salud tanto multidisciplinaria como interdisciplinariamente.
4. Conozca su práctica profesional como un quehacer social valorizando su participación en la comunidad.
5. Realice diagnóstico de morbilidad, incidencia y prevalencia en trastornos mentales a través de técnicas específicas implementadas y desarrolladas en el servicio.
6. Identificar patologías psicosociales.
7. Trabajar en equipo multidisciplinario para aplicar programas de la Institución.
8. Diseñar y realizar programas.

9.5 OBJETIVOS DEL PASANTE

1. Realizar el servicio social mediante el desarrollo de una actividad correspondiente únicamente al psicólogo.
2. Adquirir experiencia profesional en el ámbito de la psicología clínica.
3. Poner de manifiesto la importancia que el psicólogo tiene para la comunidad. (cfr. Becerra, A Natalia, *Manual Para La Elaboración del Informe Final del Servicio Social, de la carrera de Psicología*).

10 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA INSTITUCION

10.1 Delegación Política: Ixtapaluca, Edo. de México.

El nombre propio de este lugar es Ixtapaluca, que se compone de "Iztatl, sal; "Pallutl", mojadura y de "Can", lugar; resumiendo; "lugar en el que se moja la sal".

En la actualidad podemos ver un alto grado de zonas de cultivo. Las localidades son pueblos grandes, ranchos, colonias ejidales, y colonias no especificadas.

Las zonas urbanas han alcanzado ya el 86% y las rurales el 14%.

10.1.1 Localización Geográfica.

El Hospital Psiquiátrico "La Salud Tlaxoiteól", se encuentra localizado en el kilómetro 335 de la carretera Federal México-Puebla.

Se encuentra delimitado al norte con la colonia San Francisco (rumbo a Cuautla); al sur con San Marcos" (Cercano a Cholula); al este con las colonias de "Ixtapaluca"; y al oeste con la colonia Jiménez Cantú en Zoquiapa.

10.1.2 Aspecto Demográfico

La población está compuesta por 25,000 habitantes de los cuales en su mayor parte son comerciantes, le siguen los obreros y campesinos.

10.1.3 Servicios.

Los tipos de habitación son de adobe, madera; y tabique, de todo tipo de arquitectura.

Con respecto a los servicios médicos, por parte del

I.M.S.S., existen servicios coordinados de salud pública como son: Casa de Salud Pública, un Hospital Psiquiátrico, un Leprosario, además de hospitales y sanatorios de carácter federal, Municipal y particulares.

Cuentan con cuatro jardines de niños, veinte primarias y un grupo de cinco secundarias, también existen los servicios educativos del INEA a través de la secundaria (Telesecundaria).

Cuenta también con una secundaria técnica agropecuaria y dos academias comerciales.

En lo que respecta a los centros culturales existe una biblioteca y tres cines. Se reciben señales de los canales 2,4,5,7,9,11 y 13. Hay algunas zonas arqueológicas: Ayotla y el cerro de Moctezuma, además de Tlapacoya.

Actividades Industriales: existe una acentuación de fabricación de textiles, muebles, pastas, celulosa, papel, cartón etc.

Industria extractora: explotación de canteras y extracción de arena, grava, arcilla, etc.

Los conductos de electricidad son de un 95%. Se cuenta con agua potable en un 60% de la población y servicios de alcantarillado en un 40%.

En el área de comunicaciones y transportes, se cuenta con un correo (en el municipio de Ixtapaluca) teléfonos y telégrafos de México

Cuenta con carretera pavimentada en 10,8 kms.

Se llega a la cabecera por la carretera libre México-Puebla.

Existen líneas de auto-transporte con servicios de primera y segunda clase.

La población cuenta además con una institución bancaria.

10.2 INSTITUCION Y UNIDAD DE TRABAJO DONDE SE REALIZO EL SERVICIO SOCIAL.

10.2.1 Antecedentes Históricos.

A partir de la segunda guerra mundial se ha producido un grado de revolución pacífica en varios países en cuanto a la forma de tratar a los enfermos mentales.

En estos países empezaron a circular y se venían demostrando nuevas formas de tratamiento psiquiátrico.

Así por ejemplo, en Gran Bretaña, se pone énfasis en el tratamiento comunitario, en los Estados Unidos existen centros comunitarios de Salud Mental en los que se han dado pasos para destruir viejas prácticas que tendían a segregar a los enfermos mentales en asilos.

En México, para 1910 se construye el manicomio de la "Castañeda" para 800 gentes; que para 1965 hacinaba a 3500 personas y el cual poco a poco, se fue deteriorando, de tal manera que sus servicios se encontraban en condiciones deplorables.

Es entonces, cuando una serie de ideas, que venían dándose en algunos países europeos y en Estados Unidos, llegó también a influenciar a México.

De esta manera, el C. Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. José Álvarez Amizquita, instituyó mediante la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, el Hospital Psiquiátrico "La Salud Tlazoteol" en el año 1961, para que los servicios neuropsiquiátricos de México se ajustaran a dicha exigencia.

10.2.2 Tipos de Servicio que presta a la Comunidad, la Unidad en la que se trabajó.

El Hospital Granjas "La Salud Tlazoteol", es un Hospital para enfermos mentales crónicos y subagudos del sexo masculino de 15 a 65 años de edad.

Es un Hospital de puertas abiertas en que cualquier paciente puede deambular por la institución, siempre y cuando su condición lo permita, por lo que no es recomendable para padecimientos agudos.

Las funciones y servicios en general se pueden enumerar en la siguiente forma:

- 1.- Hospitalización de puertas abiertas para pacientes con trastornos mentales.
- 2.- Servicios de consulta externa de medicina general, odontología y gabinete.
- 3.- Rehabilitación del enfermo mental.
- 4.- Asesoramiento de personal calificado de otras instituciones.
- 5.- Enseñanza y adiestramiento de pregrado y posgrado de alumnos de facultades de medicina.
6. Servicios de orientación, información y quejas.

10.2.3 ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA UNIDAD DE TRABAJO.

Los pacientes se integran al Hospital generalmente canalizados por dependencias e instituciones del Estado de México, cualquier canalización de una institución fuera de los límites de la zona del Estado de México no se reciben.

Los requisitos necesarios para la internación de un paciente son los siguientes:

- 1.- Ser del sexo masculino.
- 2.- Tener más de 15 años de edad.
- 3.- Tener trastorno mental.
- 4.- Que no se encuentre en proceso legal.
- 5.- Que no se encuentre sedado.

El servicio se proporciona las 24 horas del día, los 365 días del año.

Para cualquier tipo de ingreso, se realiza inmediatamente un oficio hecho por el médico del pabellón correspondiente.

Los permisos se dan a solicitud del responsable legal, algunos permisos son extendidos por el médico.

La institución no se responsabiliza del paciente cuando este se encuentra fuera de la institución.

Las visitas de los familiares o tutores son realizadas diariamente, de preferencia en la mañana (las visitas son más frecuentes los fines de semana).

Los paseos recreativos son realizados aproximadamente uno cada dos meses.

Los pacientes son seleccionados por buena conducta.

10.2.4 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DE LA UNIDAD DE TRABAJO.

El Hospital "Granjas la Salud", cuenta con 26 hectáreas de tierras de riego.

En sus zonas están distribuidos ocho amplios pabellones y seis departamentos o villas terapéuticas para pacientes del programa psicológico en su fase II y un departamento para los psicólogos, al igual que las habitaciones para el director y enfermeras.

Cuenta con servicios generales de patio de descarga, lavandería, planchaduría, mecánica, ropería, servicio de comedor de enfermos y para el personal.

Además existen seis psiquiatras, tres médicos generales, un dentista, un radiólogo, veintisiete enfermeras, dos trabajadoras sociales, aproximadamente nueve personas de mantenimiento y cocineras.

Los departamentos existentes son:

Dirección.

Dirige al personal técnico, médico y al Hospital en general.

Administración.

Controla al personal administrativo y funcionamiento del Hospital.

Contabilidad.

Es la encargada de asuntos contables del Hospital.

Contabilidad.

Es la encargada de asuntos contables del Hospital.

Personal.

Control de asistencias del personal, así como las plazas vacantes y la elaboración de nóminas.

Intendencia.

Procura el aseo general del Hospital.

Mantenimiento.

Supervisa y atiende todas las instancias (eléctricas, hidráulicas, albañilería, sanitarios, cerrajería, etc.).

Almacén.

Recibe y administra el almacenamiento de todos los artículos.

Trabajo Social.

Realiza los trámites necesarios de los pacientes por medio de sus familiares y parientes.

Cocina.

Prepara los alimentos de pacientes y empleados.

Enfermería.

Asiste a los pacientes en cuanto a medicamentos, curaciones, vestido, aseo y alimentación.

11 ACTIVIDADES DESARROLLADAS Y POBLACION ATENDIDA

11.1 Servicio.

Las actividades que fueron realizadas en el servicio social son las siguientes:

- 1.- Exploración.
- 2.- Asesoramiento en la introducción al programa de actividades de rutina.
- 3.- Aplicación de las técnicas y supervisión de las actividades de rutina.
- 4.- Aplicación de actividades de recreación.
- 5.- Asesoramiento para el programa de entrenamiento en habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia.
- 6.- Aplicación del programa e investigación de rehabilitación conductual para enfermos mentales crónicos en habilidades sociales.

11.2 Exploración.

Se realizó una visita a las instalaciones del Hospital con el fin de conocerlas e irse adaptando a las condiciones de ambiente y trabajo propias de una Institución Psiquiátrica.

El pabellón (D) es donde trabajan los psicólogos y se tuvo una visita más instructiva debido que en ese lugar prestaríamos el servicio social.

También las villas terapéuticas forman parte del programa de rehabilitación, las cuales visitamos tomando notas de las actividades que se habrían de realizar con los pacientes.

En la visita se procedió a presentarnos a los pacientes que se encontraban internos en el pabellón (D) y villas terapéuticas.

11.3 Asesoramiento en la Introducción al Programa de Actividades de Rutina.

Se reunió al grupo en la casa de los psicólogos y se nos ofreció una plática de orientación acerca de las actividades del programa, que consistía en supervisar los trabajos de aseo y autoayuda de los pacientes.

11.4 Aplicación de las Técnicas y Supervisión de las Actividades de Rutina.

Cabe señalar que el servicio lo realizamos los sábados y domingos con un horario de 8.00 am. a 16.00 pm. por convenio de la Institución Psiquiátrica y la escuela (ENEP ZARAGOZA), por tanto las actividades de rutina son realizadas en esos días.

Se me designó para supervisión de actividades de rutina de la villa terapéutica número uno, en la cual se encontraban dos pacientes, uno de ellos contaba con retardo mental entrenable y el otro con esquizofrenia paranoide. El segundo paciente fue enviado en el segundo trimestre del servicio social al pabellón (D), por no contar con respaldo familiar alguno para apoyo en la rehabilitación del programa y en su lugar se envió a un paciente con retardo mental entrenable.

Las actividades de rutina y supervisión se iniciaban a las 8.30 am. con un lavado de los utensilios del desayuno, aseo de la vivienda que comprendía: camas tendidas, baño lavado (inodoro y lavabo), recamaras barridas y trapeadas, objetos guardados en su lugar, ropa sucia en los cestos designados para tal fin y se supervisaba el lavado de la ropa.

Todas estas actividades debían realizarse de la mejor manera posible, es decir, con cierto grado de calidad en el aseo y limpieza y eran supervisadas mediante el manejo de secuencias instruccionales del programa, el cual consistía en

darle al paciente una instrucción general y si no la realizaba bien o no la hacía, el psicólogo debía aplicar la enseñanza por modelamiento sucesional es decir, indicando paso a paso la actividad, siempre con mucha amabilidad.

También se supervisaba el baño diario y el autocuidado como: corte de uñas, peinado, rasurado, zapatos boleados, ropa bien abotonada etc.

A las 10:30 se dirigían a las actividades de taller, en donde trabajaban con madera y los psicólogos nos turnábamos para la supervisión. En esta actividad se les pagaba por su trabajo realizado, es decir, por el número de piezas que ensamblaban (carros, muñecos, etc.).

A las 12:30 pm. se dirigían por sus alimentos a la cocina de los pacientes en donde se les servía el menú del día. Sus utensilios consistían en recipientes, propiedad de las villas terapéuticas.

Al terminar su comida se supervisaba nuevamente el aseo de la vivienda como: sillas en su lugar, utensilios limpios y en su lugar, pisos limpios, limpieza dentaria y de manos.

Cada uno de los pacientes tenían actividades específicas como son: tirar basura, ir por la comida, limpiar y lavar ciertas secciones de la casa, las cuales se rotaban a cada semana.

11.5 Aplicación de Actividades de Recreación.

Al finalizar las actividades de rutina, se realizaban con ellos actividades de recreo, con integrantes de las otras villas terapéuticas. Algunas veces participaron algunos pacientes del pabellón (D) por así requerirlo el programa.

Esta actividad de recreación consistía en la aplicación de juegos culturales, deportes, paseos fuera del psiquiátrico (a sus alrededores), visitas a establecimientos comerciales y recreativos. Se les enseñó en este tiempo la preparación de algunos alimentos y las actividades sociales se realizaron

con los alimentos que ellos habían preparado.

Al terminar dichas actividades los pacientes se dirigían a sus villas a descansar y se les otorgaba reforzadores de acuerdo a sus actividades realizadas, por medio de número de puntos acumulados durante el día, los cuales el psicólogo anotaba en tarjetas de actividades, en donde cada actividad tenía un puntaje determinado, por ejemplo, el lavado de la ropa contaba cinco puntos, hacer camas cuatro puntos, tirar la basura un punto etc. El puntaje iba de acuerdo a la complejidad de la tarea.

11.6 Asesoramiento para el Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales en Pacientes con Esquizofrenia.

El asesoramiento para el programa de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, se nos proporcionó a dos psicólogos, quienes trabajamos en dicho programa de investigación.

La información que se nos proporcionó fue escrita y verbal por la psicóloga encargada de las villas terapéuticas y responsable del programa.

Antes de iniciar el entrenamiento con los pacientes designados, procedimos a ensayar entre los compañeros que prestábamos el servicio. Posteriormente ensajamos con pacientes de la villa tomados al azar, simulando el entrenamiento con los instrumentos de entrenamiento y evaluación esto con el fin de adquirir la habilidad necesaria para la implementación del entrenamiento.

11.7 Aplicación del Programa de Investigación de Rehabilitación Conductual para Enfermos Mentales Crónicos en Habilidades Sociales.

La aplicación del programa a los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, se explica detalladamente en el siguiente capítulo.

12 METODOLOGIA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La aplicación sistemática de un entrenamiento conductual y el respaldo familiar, desarrolla y mantiene la creación de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia ?

HIPOTESIS

Si los pacientes con esquizofrenia, en un nivel de rehabilitación adecuada, son susceptibles a crear habilidades sociales con entrenamiento y con respaldo familiar, entonces la aplicación de un entrenamiento sistemático si es funcional, con tales condiciones.

METODO

Sujetos.

Participaron dos sujetos del hospital psiquiátrico "Granjas la Salud", los cuales fueron elegidos para entrenamiento en habilidades sociales, por encontrarse en un 3o. nivel de rehabilitación de acuerdo a los programas y objetivos del hospital y además contaron con el respaldo familiar por lo cual dicho entrenamiento podrá extenderse

fuera del hospital. Las características aparecen en la tabla núm. 1.

TABLA 1 CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS

Sujeto 1

Sexo:	Masculino
Edad:	38 Años
Fecha de nacimiento:	1950
Escolaridad:	Segundo semestre de vocacional
Diagnóstico:	Esquizofrenia Paranoide
Inicio del padecimiento:	14 años de edad
Tipo de medicamentos:	Siqualine 25mg. una inyección por mes.

Sujeto 2

Sexo:	Masculino
Edad:	58 años
Fecha de nacimiento:	1930
Escolaridad:	Primer año de secundaria
Diagnóstico:	Esquizofrenia Paranoide
Inicio del padecimiento:	18 años de edad.
Tipo de medicamento:	Ninguno

Tipo de Registro

El tipo de registro utilizado correspondió al observacional y de respuesta, de acuerdo a los requerimientos del I.E.C. (Entrenamiento Conductual), el cual mide los niveles de asistencia requerida por el sujeto en el momento de iniciar, mantener y finalizar una conversación de manera verbal y motora. (Figura 5)

Confiabilidad

Las sesiones de confiabilidad, se llevaron a cabo por el entrenador y dos observadores.

Diseño experimental

Se utilizó un diseño experimental A-B-A, reversible, el cual permitió establecer una línea base e incluir una V.I. y retornar de nuevo a línea base, de tal modo que el sujeto sirvió como su propio control.

Escenario

El entrenamiento se llevó a cabo en las instalaciones del hospital, conocidas como "Villas Terapéuticas" (Casa Hogar) y en específico en la Villa número dos.

Esta se encuentra dividida en cuatro secciones: cocina, estancia, comedor, baño y recámara.

El mobiliario de la sala donde se efectuó el entrenamiento, consta de tres sillones de madera tipo colonial, mesa de centro, piso de cemento, una ventana y algunos ornatos naturales (Plantas), aunado a esto, se encontraba con bastante iluminación natural y carente de ruidos. (Figura 3)

Materiales

Se emplearon los formatos del Instrumento de Evaluación Conductual (I.E.C.), diseñados por psicólogos del hospital "Granjas la Salud" (fundamentado por el modelo psicológico conductual, denominado Análisis Conductual Aplicado de Skinner), el cual sirvió a los sujetos en el momento del entrenamiento secuencial, de entablar, mantener y finalizar una conversación, que forma parte de la gama de conductas en habilidades sociales.

Además el I.E.C., contiene el número de sesiones que se llevaron a cabo en el entrenamiento por cada sujeto. (Figura 5) y los cinco niveles de asistencia, que se describen ampliamente en el procedimiento.

Definición de Variables.

- V.D. La adquisición de habilidades sociales, de iniciar, mantener y finalizar una conversación.
- V.D.1 El entrenamiento en forma secuencial y sistematizada por parte de los instructores.
- V.D.2 El respaldo familiar del sujeto.

Procedimiento

Definición de Conductas.

La definición de conductas se realizó en tres niveles de asistencia: a) Conductual, b) Verbal, c) verbal Conductual, de tal modo que en la conducta fue necesario que el sujeto realizara la conducta pedida, de manera completa. En la verbal emitir algunos sonidos y palabras adecuadas en su momento y conductual verbal, en la cual la conducta a registrar se consideró la combinación de ambas.

Línea Base

Se registro durante 5 ensayos, para cada sujeto sus

habilidades, para iniciar, mantener y finalizar una conversación, aslo con el objeto de identificar el nivel de asistencia que requirió y qué porcentaje presentaron en ese momento. (ver figura 4, el % del nivel requerido para efectuar el entrenamiento).

Se le pidió a una persona ajena al entrenamiento que platicara con el sujeto, tomando en cuenta que no debe dar ninguna instrucción al mismo.

Los temas de conversación se tomaron al azar, apoyándose en tarjetas elaboradas previamente con el tema y que fueron sacadas en cada una de las sesiones con los sujetos.

Entrenamiento.

En esta fase participaron dos experimentadores o instructores, uno que proporciona el entrenamiento (dando los niveles de asistencia) y otro que registra y conversa con el sujeto.

El entrenamiento se llevó a cabo de la manera siguiente:

1. Se tomaron tres temas de las tarjetas de conversación en forma azarosa.
2. Se le informó al sujeto sobre el tema de conversación.
3. Se llevaron a cabo dos entrenamientos por día, éstos se hicieron en forma espaciada y en la Villa de ellos.
4. El conversador simuló ser una visita, tocó la puerta y fue recibido por el sujeto; y en ese momento empezó el registro en el I.E.C.
5. Posteriormente el instructor procedió a dar los niveles de asistencia, según lo fue requiriendo el sujeto.

Por otro lado, a continuación se especifican los niveles de asistencia que sirvieron de apoyo para el entrenamiento secuencial de los dos sujetos y registro en el I.E.C.

NIVELES DE ASISTENCIA

Código	Niveles de asistencia
0	Instrucción General
1	Instrucción Especifica
2	Instrucción Especifica + Gestos y Señas
3	Instrucción Especifica + Modelamiento
4	Instrucción Especifica + Guía Física
5	Instrucción Especifica + Guía Física Manual Total.

La instrucción general estuvo representada con el código 0, en el cual se le proporcionó al sujeto la instrucción "Platique con la visita", sin ninguna ayuda. (es importante señalar que se evitaron movimientos o señas, ya que el entrenamiento fue secuencial).

Cuando la instrucción general no funcionó se continuó con la siguiente, que correspondió al nivel 1, en este caso la instrucción fue específica, es decir que en forma verbal se centró al sujeto en la conducta a trabajar por ejemplo: " Diga buenas tardes" también evitamos movimientos gesticulares y motores. En el nivel 2, se dio la instrucción específica más señas, pero sin ayuda motora, ya que en el nivel 3 se da la instrucción específica más modelamiento, esto significa que el entrenador lo hace y después el sujeto lo debió haber realizado, lo cual nos indica que además de presentar la instrucción específica, se le muestra como debió llevar a cabo el paso en cuestión en forma verbal y motora, incrementándose aun la probabilidad de que el paciente ejecuta la actividad señalada y se registra en el I.E.C., con el número 3, cuando la respuesta fue favorable. El nivel 4 correspondió a la instrucción específica y guía física, en la cual el entrenador da la instrucción y a su vez ayuda en

determinados momentos al sujeto a ejecutar el paso de ese momento, y si da la respuesta se registra en el I.E.C. con el número 4. Por último en el nivel 5. se dio la instrucción específica más ayuda física y manual total, este nivel se ejecutó paso a paso y siempre con la ayuda del instructor.

Se hace la aclaración que en el entrenamiento se llevó siempre un orden secuencial, es decir no se pasa por alto ningún nivel. Por ejemplo, si el sujeto dio una respuesta en un nivel tres no podrá irse inmediatamente a un nivel cero, ya que aún quedan los otros dos niveles sin haberse realizado y que el sujeto debió pasar forzosamente.

6. Al término de cada sesión, se proporcionó un reforzador con el fin de mantener la conducta apropiada, dicho reforzador consistió en proporcionar, frutas, cigarrillos, refrescos, lunetas, chocolates y galletas, o bien algunos halagos, tales como: "Eres muy inteligente", "Lo hiciste muy bien", "Bravo", "Te mereces un premio" etc.

7. El número total de entrenamientos requeridos para cada sujeto, fue determinado por su ejecución. En cada uno de ellos y hasta que no necesitó de ningún nivel de asistencia durante tres sesiones seguidas por parte del instructor, es decir sólo dando instrucción general.

Seguimiento.

8. Tomando en cuenta el diseño experimental A-B-A, se registró nuevamente durante cinco ensayos, las habilidades del paciente en iniciar, mantener y finalizar una conversación, con cinco personas diferentes ajenas a los sujetos experimentales, a manera de seguimiento.

RESULTADOS

El sujeto uno, requirió de 13 sesiones para su entrenamiento. En la figura 1, se podrá observar que en línea base muestra deficiencias sobre todo en los ensayos 1 y 2. A partir del tercer ensayo hubo ya incrementos sustanciales de un 30%, 70% y 50%, que indica la posible existencia de variables extrañas.

Ya en la fase de entrenamiento existe un considerable incremento en la ejecución del sujeto, de un 82% a un 95% de ejecución correcta, mantenida por el reforzamiento y el aprendizaje.

A partir de la sesión 12, la ejecución se mantuvo en un 98%, pues el sujeto no cumplía con los requisitos 15 y 21 del I.E.C., siendo hasta la sesión 17 cuando alcanzó el 100% de la conducta deseada, conservándose a lo largo de otros ensayos tal y como era el propósito del procedimiento.

En la siguiente fase (seguimiento) el sujeto realizó la conversación de un 99% a un 98%, lo cual indica un ligero decremento, tomando en cuenta que aquí, ya no hubo ningún tipo de ayuda y reforzamiento.

El sujeto dos, requirió de 21 sesiones de entrenamiento. Durante la fase de línea base, es claro observar en la figura 2 notables deficiencias en el manejo de habilidades sociales, obteniendo inclusive porcentajes de 0% de ejecución; a diferencia del sujeto uno la adquisición del repertorio fue más paulatino, aunque nunca se decrementó siendo de 30% a 82% a lo largo de 8 sesiones más, pues aún no cumplía con los requisitos 15 y 21 del I.E.C.

La realización en un 100% de la conducta deseada fue alcanzada en los últimos ensayos y se decrementó ligeramente en la fase de seguimiento, tal como lo muestra la figura 2, con un 96% de ejecución.

ANALISIS

Es interesante señalar que la formación del psicólogo o cualquier profesional, se logra a través de la experiencia.

Es por tanto que el servicio social tiene como objetivo, proporcionar práctica y experiencia a dicho profesional en etapa de formación y que a su vez lo llevará a desarrollar sus actividades futuras de una manera precisa en su vida laboral.

pero debe de tomarse en cuenta que no todas las veces resulta óptimo el ejercicio del servicio social, ya que la posición que tiene el estudiante o pasante tiene sus limitaciones, debido a la falta de título que lo ampare, para el pleno desarrollo de sus actividades.

Como pasante en el servicio social en el hospital psiquiátrico la "La Salud", pude observar que la falta de presupuesto es un factor importante para el desarrollo óptimo de los programas, esto corresponde a una consecuencia de la problemática económica que atraviesa nuestro país. Pero a pesar de contar con esas limitaciones económicas, los psicólogos desarrollan un buen papel en la investigación, para alcanzar el objetivo de rehabilitar a pacientes con enfermedades mentales.

Al participar con ellos en sus programas, obtuve pautas para la realización futura de programas, además de que adquiri habilidades en el manejo de pacientes psiquiátricos, que no son tan fáciles de obtener en el primer contacto y por consiguiente se requiere de preparación y cierta experiencia psicológica. Es por esto que la orientación que recibimos por parte de los psicólogos, constituyo un pilar importante para crear habilidades.

Cabe hacer la aclaración que a pesar de los esfuerzos de los psicólogos, los resultados de los programas no siempre son óptimos, ya que es importante la participación familiar y

existen pacientes, que no cuentan con la colaboración y apoyo de los mismos, situación que se traduce en un decremento en los objetivos del programa.

En el programa de entrenamiento fue necesario que participáramos dos psicólogos, lo cual requirió de cierta habilidad para el manejo de los pacientes esquizofrénicos.

Es preciso señalar que las habilidades sociales corresponden a una amplia gama de conductas, las cuales se han visto deterioradas en el transcurso de la enfermedad.

El entrenamiento que se llevó a cabo con dichos sujetos sólo correspondió a una parte de esas habilidades perdidas de interacción: de iniciar, mantener y finalizar una conversación.

Sin embargo, los mismos sujetos pueden someterse a otros programas de entrenamiento, con el mismo fin, de crear habilidades sociales, que irían complementándose uno a uno para lograr el objetivo principal de resocialización.

Sin duda alguna, es posible llevar a cabo un entrenamiento satisfactorio con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, siempre y cuando se encuentren en cierto nivel de recuperación por ejemplo: Liberman, Wallace y Muechterlein (1980), lograron entrenar a pacientes esquizofrénicos en habilidades sociales pero no pudieron eliminar conductas de timidez.

Además se debe tomar en cuenta que existen pacientes que requieren de más tiempo de entrenamiento que otros, esto lo pudimos comprobar en los resultados de los sujetos entrenados, quienes adquirieron las habilidades paulatinamente y no al mismo nivel de asistencia, ya que el sujeto 2 adquirió la conducta deseada en más sesiones de entrenamiento.

Por otro lado, cuando los sujetos llegaron a adquirir la habilidad de iniciar, mantener y finalizar una conversación, se esperaba de los familiares el apoyo y cooperación para seguir aplicando dicho programa al salir el paciente de la institución, para reafirmar dicho entrenamiento. También es importante aclarar, que por muy restablecido que el paciente

se encuentre no volverá a su estado original antes del trastorno (Bernstein,1982)

Este tipo de entrenamientos como ya se menciona tiene por objetivo resocializar, pero no se ha logrado aún hacer que expresen sus sentimientos ni a conducirse por medio de su asertividad, a pesar de que se ha intentado, no se han logrado resultados satisfactorios (Curran 1979).

Una de las ventajas que tiene el Analisis Conductual Aplicado de Skinner, es que precisamente es donde se fundamentan las técnicas de investigación de la institución, es que pueden ser aplicadas a otro tipo de pacientes como: retardados mentales entrenables, sujetos con problemas de aprendizaje, (no necesariamente con retardo mental), jóvenes con cierto grado de adicciones, disturbios conductuales, neurosis etc.

La corriente conductista de Skinner tiene la peculiaridad de utilizar reforzamientos, para incrementar cierta tasa de respuestas y comprobar que los sujetos en proceso de entrenamiento que se encuentran ante la presencia de un reforzamiento (verbal o material), incrementa esa tasa de respuestas, así también, la presencia e intervención del instructor es importante. Ya que en la última fase de entrenamiento (Línea Base) hubo un decremento por la falta de ayuda instruccional que de alguna forma era de esperarse. Ya que la técnica de entrenamiento y reforzamiento consiste en crear un aprendizaje con la ayuda instruccional y reforzamiento, que deben de eliminarse para dar paso al aprendizaje.

Como se pudo observar, los resultados del entrenamiento del programa de habilidades sociales, de iniciar, mantener y finalizar una conversación nos demostraron, que los pacientes con esquizofrenia, con un nivel de rehabilitación adecuada, son susceptibles a crear habilidades sociales, con la aplicación de un entrenamiento sistematico y con el apoyo familiar.

Es de vital importancia que la familia participe en todos los programas de rehabilitación y por tal motivo, debe

de someterse a un cambio en su dinámica, debido a que es precisamente ella, uno de los factores etiológicos del desarrollo de la esquizofrenia. Esto se logra con su participación, en psicoterapia grupal y el cambio se dará gradualmente; así de esta manera podrá ayudar al sujeto enfermo a su rehabilitación (Maurizio Andolfi, Dimensiones de la Terapia Familiar, 1985).

CONCLUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que un programa de entrenamiento con el propósito de resocializar es funcional, siempre y cuando se cuente con apoyo familiar y el paciente reúna ciertas características para tal rehabilitación, como son: disminución de períodos alucinatorios para que no interfiera para el entendimiento de instrucciones específicas, mediante un buen control de medicamentos suministrados por el psiquiatra.

Por otro lado, es importante que las condiciones del ambiente hospitalario se asemeje al de su hogar, para así incrementar el éxito del entrenamiento que posteriormente se llevará a su casa con implementación y ayuda de sus familiares.

En cuanto a las expectativas que el psicólogo tiene en este campo, se pueden considerar como halagadoras, aunque en la actualidad, son pocas las instituciones que se interesan por las técnicas conductistas de los psicólogos ya que aún sigue prevaleciendo casi en su totalidad en este campo el modelo médico.

No dudo que el resultado de la presente desate un sinnúmero de polémicas, pero es bueno, porque de esa manera, se despierta el interés de otros investigadores para realizar trabajos en torno a esta problemática. Además, se crearían mayores perspectivas para los pacientes con enfermedades mentales.

PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES

Debido a la enorme complejidad social en la cual nos encontramos sumergidos en la actualidad, es importante que los psicólogos estén preparados, para dar orientaciones objetivas, para la solución de problemas que surgen en forma particular en cada uno de los sujetos, debido a esta complejidad social.

Cada sujeto requiere ayuda y es por tal razón que planteo las siguientes alternativas

1. Capacitar a los trabajadores sociales, enfermeras, médicos y todo aquel profesional que se relacione en la rama de la salud y social, para incrementar el buen funcionamiento de orientación y práctica de entrenamientos en la sociedad y darle al mismo tiempo la importancia que se merecen los problemas de trastornos mentales, ya que constituyen, una problemática social.
2. Que a los estudiantes o pasantes que presten su servicio social, se les da la importancia como profesionales.
3. Que se incremente el presupuesto para los hospitales psiquiátricos y aquellas instituciones que se dedican a la investigación de problemas mentales, para que los trabajos de investigación puedan llevarse a cabo con más efectividad.
4. Que se den mayores facilidades a los aspirantes a prestar su servicio social en las instituciones psiquiátricas.
5. Que no se tenga tan limitada la participación del psicólogo en esta área por convicción del modelo médico o psiquiátrico, sino por el contrario, la participación en equipo de ambos, y con todas las áreas que trabajan en este campo clínico, de las enfermedades mentales.

BIBLIOGRAFIA

- Ackerman, Nathan Word. *Diagnostico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Ed Horne S.A. Ed Paidós Buenos Aires 4a. ed. 1974. 430 pp.
- American Psychiatric Association. *Statistical Manual of Mental Disorders*. 3era. ed. Washington 1980, 100 pp.
- Balken, Eva Ruth et. al. *Neurosis, Psicopatía y Psicosis*. Ed. Paidós 1966, Buenos Aires. Biblioteca del Hombre Contemporáneo. 203 pp.
- Barclay Martin. *Psicología Anormal*. Ed El Manual Moderno S.A. Mex. D.F. 249 pp.
- Bastide, Roger. *Sociología de las Enfermedades Mentales*. Mex. 1967. Ed. Siglo XXI 260 pp.
- Becerra, A. Natalia, et. al. *Manual Para La Elaboración del Informe Final del Servicio Social de la Carrera de Psicología*. Ed. Cissep U.N.A.M. Mex. 1987 10 pp.
- Bernard, Paul, et. al. *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Toray Masson 1978, 8ava ed. Mex. D.F. 1100 pp.
- Bernstein Douglas A. And Michael T. Nietzel. *Introducción a la Psicología Clínica*. Ed. Mc-Graw-Hill 1982 Mex. D.F. 662 pp.
- Blanca Barcelata. *Programa de Psicología Clínica. Material Didáctico ENEP Zaragoza*. Enero 1975 195 pp.
- Boring Edwing G. *Historia de la Psicología Experimental*. Ed. Trillas, Mex. 1980 2da. ed. 822 pp.
- Castro, Luis. *Diseno Experimental Sin Estadística*. Ed. Trillas Mex. D.F. 4a. ed. 1982, 242 pp.
- Chaplin James P. and T.S. Krawiec. *Psicología Sistemas y Teorías*. 3era ed Ed. Interamericana Mex D.F. 533 pp.
- Chartier, J.P. *Estructuras Neuroticas*. Manual de Psicología. Psicología Pedagógica. Ed Toray Manson 150 pp. Mex D.F.

- Coob J.P. and I.M. Marles. *Morbidad Jealousy Featurring as Obsesive Treatment by Behavioural Psychotherapy*. Brit. J. Pshiat 1979. 134, 301-5. Publisher by Authority of the Royal College of Psychiatrist N.Y. 5 pp.
- Cooper. David. *Psiquiatria y Atipsiquiatria*. Ed. Paidós Mex. D.F. 1985 256 pp.
- Cortés, Yolanda. *Manual Para Elaborar Reportes De Investigación*. Elaborado en S.S.A. México. D.F. 1988 20 pp.
- Curran, Montl and Corriveau. *Social Skills Psychiatric Patients. Treatment an Outcome Veterans Administration Medical School, Providence, Rhode Island* 21 pp.
- De La Fuente Muñiz Ramón. *Psicología Médica*. Fondo de Cultura Económica. Mex. D.F. 21 ed. 437 pp.
- Delay, Jean, v Paul Lous. *Manual de la Psicología*. Version Española de Leopoldo Monserrat Valle 2da. ed. Ed. Barcelona. Toray 1969 500 pp.
- Díaz, Jose Luis. *Modelos de Esquizofrenia y Serotonina Cerebral*. Biblioteca de Ciencias. UNAM. Méx. D.F. 1a. ed. 1985 92 pp.
- Disertori, Beppino. *Psiquiatria Social*. Ed. El Ateneo, Pedro García S.A. Buenos Aires 1974 363 pp.
- Ehrenwal, Jan. *Neurosis en la Familia y Patrones de Defensa Psicosocial*. 2da. ed. Méx. D.F. 1977. Ed. Siglo XXI 260 pp.
- Fadiman, James v Robert Frager. *Teorias de la Personalidad*. Ed. Harla, Méx. 1979, 526 pp.
- Fernandez Pardo Gustavo v Luis F.S. Natalicio. *La Ciencia de la Conducta*. Ed. Trillas 3era ed. 1981 Méx. D.F. 257 pp
- Freeman. A.J. and Cheadle J.R. Korer. A. *Method For Monitorin The Treatment of Schizophrenics in Community*. Journal Brit. J. Psvchiat 1979. 134 412-16 1978. 5 pp.
- Fromm, Erich. et.al. *La Familia*. Barcelona 1979. Ed. La Peninsula, 296 pp.

- Garfield, Sol Louis. *Psicología Clínica El Estudio De La Personalidad*. Ed. El Manual Moderno. Mex. D.F. 1979. 469 pp.
- Garza, Mercado Ario. *Manual de Técnicas de Investigación*. El Colegio de México 6a. ed. 1987 pp.
- George, M. Beal and Joe M. Bohlen. *Conduccion y Accion Dinamica del Grupo*. Ed. Kapeluz Mex. D.F. 332 pp.
- Ivan, Roszormeni. et. al. *Terapia Familiar Intensiva. Aspectos Teóricos y Practicos*. Ed. Trillas, 4a. ed 1988. Mex. D.F.
- Jackson, Don D. Avila. *Etiologia de la Esquizofrenia*. Ed. Amorrortu Editores. Buenos Aires. Argentina, Sava ed. 444 pp.
- Kolb, Lawrence. *Psiquiatria Clínica Moderna* Prensa Médica Mexicana Sa. ed. 1978. 835 pp.
- Lieberman and Nuechterlein. et. al. *Social Skills Training and Nature of Schizophrenia*. Mental Health Clinical Research Center For The Study of Schizophrenia, Rehabilitation. Camarillo California 15 pp.
- Luthans Fred y Robert Kreitner. *Modificación de la Conducta Organizacional*. Ed. Trillas. Mex. D.F. 1989. 264 pp.
- Maher, Brendon. *Principios de la Psicopatología*. Ed. Mc. Gray-Hill. Mex. D.F. 1979. 226 pp.
- Malvizio, Andolfi. *Dimensiones de la Terapia Familiar*. Ed. Paidós Iberica S.A. 1985. 325 pp.
- Millenson, J.R. *Principios de Analisis Conductual*. Ed. Trillas. 6a. Ed 1987. Mex. D.F. 511 pp.
- Millen, Theodore. *Psicopatología Moderna*. Salvat Editores. Barcelona 1976 747 pp.
- Millon, Theodore. *Psicopatología y Personalidad*. Ed. Interamericana 2da. ed. Mex. 1974 438 pp.
- Miron, Baron. *Schizophrenia on Paternal and Maternal Sides: An Analysis of Familial Factors*. Journal Brit. J. Psychiat. 1980. 137 505-509. New York 5 pp.
- Morris, I. Bigg. *Teorías de Aprendizaje para Maestros*. Ed. Trillas. 1979. Mexico D.F. 413 pp.

Phillips, E.I. et. al. *The Teacher Family*, Hanbook Kansas University Press, 1974, 5 pp.

Quiroga, A.F. *La Rehabilitación del Paciente Mental Crónico Hospitalizado*. Descripción y resultados. Memorias de la I. Reunión Sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría 1981 "Hospital Granjas la Salud" 17 pp.

Ribes Iñesta, Emilio. *Técnicas de Modificación de Conducta*. Ed. Trillas 9a. ed. 1983. Méx. D.F. 283 pp.

Satir Virginia. *Relaciones Humanas en el Nucleo Familiar*. Ed. Pax, Méx. D.F. 2da. ed. 1990. 299 pp.

Sandler, Jack Davidson. *Psicopatología Teorias del Aprendizaje*. Ed Trillas, Méx. D.F. 1977. 447 pp.

Sluchevsky I.F. *Psiquiatría*. Enc. Psiquiátrica. Volumen 5. Ed Grijalbo, Méx. D.F. 1960, 445 pp.

Stanl, J.R. *H. Behavior of The Chronic Mental Patient en H. Leintebers Hanbook of Behavior Modification*. Appleton Century Craft, New York, 1978. 15 pp.

Skinner, S.E. *The Behavior of Organisms*. Appleton-Century Crafts New York. 1936 230 pp.

Sullivan, Harry Stak. *Concepción de la Psiquiatría Moderna*. Ed. Psique, Buenos Aires 1972, 291 pp.

Ullmann, L.P. and Krasner, L.A. *A Psychological Approach To Abnormal. Behavior* Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall 1975 27 pp.

Ullmann, L.P. *Instructive on Outcome a Comparative Study of Psychiatric Hospitals*. Pergamon Press New York 1967 17 pp.

Whittaker, James Oliver. *Psicología Introducción*, Méx D.F. Ed. Interamericana 3era. ed. 816 pp.

Zax Melvin y Emory G Cowen *Psicopatología*. Ed. Interamericana 2da. Ed. Méx. 1979. 452 pp.

A N E X O S

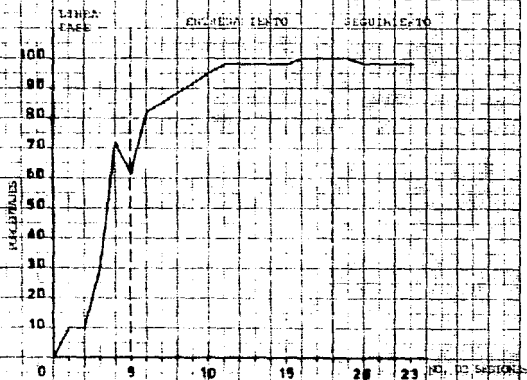


Fig. 1 Gráfica que muestra el porcentaje de reproducción del repertorio de habilidades normales del sujeto 1, por cada sesión.

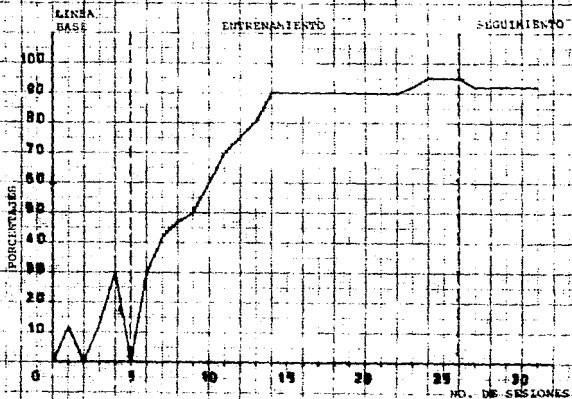


Fig. 2 Gráfica que muestra el porcentaje de ejecución del repertorio de habilidades sociales del sujeto 2, por cada sesión.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

79

Figura 3.

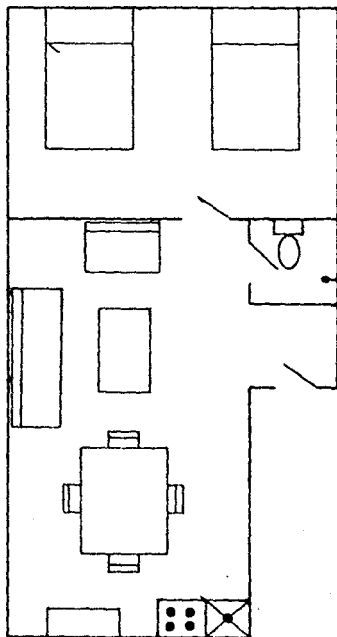


FIGURA 4

Sujeto 1

Ensayo	% del nivel requerido para efectuar entrenamiento	% alcanzado en seguimiento
1	90 %	1 %
2	90 %	2 %
3	70 %	2 %
4	30 %	2 %
5	40 %	2 %

Sujeto 2

Ensayo	% del nivel requerido para efectuar entrenamiento	% alcanzado en seguimiento
1	85 %	2 %
2	100 %	2 %
3	85 %	2 %
4	70 %	2 %
5	100 %	2%

